Veröffentlichungen
aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung.

X. Band — 7. Heft.
(Der ganzen Sammlung 108. Heft.)

Die sozialhygienischen Leistungen der deutschen Arbeiter- und Angestellten-Versicherung im Kriege und ihre Zukunftsaufgaben.

Von

Sanitätsrat Dr. W. Hanauer
Privatdozent a. d. Universität Frankfurt.

Habilitationsschrift zur Erlangung der venia legendi für soziale Medizin bei der medizinischen Fakultät der Universität Frankfurt.



Berlin 1920.
Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz.
Wilhelmstraße 10.

Einleitung.

Als der Weltkrieg ausbrach, sah sich die deutsche Arbeiterversicherung vor eine besonders schwere Belastungsprobe gestellt. Einmal befand sie sich gerade in einer Übergangsperiode — die Reichsversicherungsordnung mit ihren einschneidenden neuen Vorschriften, u. a. über die Ausdehnung der Versicherung auf bisher nicht einbezogene Kreise, über die Änderung der Verwaltungsnormen war am 1. Januar 1914 in Kraft getreten und hatte sich kaum noch eingelebt, dann war die Arbeiterversicherung, ein Friedenswerk allerersten Ranges, legislatorisch gar nicht auf den Krieg eingestellt, findet sich in dem paragraphenreichen Werke doch nur an einer Stelle (§ 1395) eine Vorschrift über den Krieg, und mußte infolgedessen durch zahlreiche im Laufe des Krieges erlassene gesetzliche Anordnungen die Anpassung der Sozialversicherung an die Kriegsverhältnisse erst erreicht werden.

Die stärkste Sorge bei Ausbruch des Krieges war jedoch die, ob die Arbeiterversicherung im Hinblick auf den Verlust von Millionen ihrer Mitglieder durch Einberufung zum Kriegsdienst und den dadurch bedingten Ausfall von Beiträgen, im Hinblick auf das Darniederliegen des Wirtschaftslebens und die dadurch hervorgerufene Arbeitslosigkeit, der stärksten Feindin der Arbeiterversicherung, überhaupt ihren Bestand aufrecht erhalten und nicht zusammenbrechen werde.

Diese Befürchtungen haben sich glücklicherweise als unbegründet erwiesen. Die bald erfolgte Anpassung der Industrie an die Kriegsverhältnisse, die Entwicklung der Munitionsindustrie und die damit schwindende Arbeitslosigkeit, der Umstand, daß zahlreiche Kriegsteilnehmer freiwillig ihre Versicherung fortsetzten, ließ die Krankenversicherung bald wieder ihren alten Stand erreichen. In materieller Hinsicht war für diese weiter von Vorteil, daß die Inanspruchnahme der Krankenkassen und die Krankenziffer in den ersten Kriegsjahren sank und daß ferner die Krankenkassen durch das Notgesetz vom 4. August 1914 ermächtigt wurden, ihre

*1

Leistungen auf die sogenannten Regel- oder Mindestleistungen herabzusetzen, die fakultativen Mehrleistungen aber aufzuheben, auf der anderen Seite aber die Beiträge auf 4½ % des Grundlohnes zu erhöhen. Diese Verhältnisse im Verein mit günstiger Witterung und dem Fernbleiben von Seuchen bewirkten, daß die Krankenkassen in den ersten Kriegsjahren sogar mit erheblichen Überschüssen abschlossen und bald dazu übergehen konnten, ihre Regelleistungen wieder zu gewähren.

Leider ist dieses erfreuliche Bild, das die Krankenkassen boten, in den letzten Kriegsjahren erheblich getrübt worden. Wohl war auch jetzt noch zu bemerken, daß die reichliche Arbeitsgelegenheit und die hohen Löhne viele von der Inanspruchnahme der Krankenversicherung abhielten, aber der in gesundheitlicher Hinsicht sich ständig verschlechternde Mitgliederkreis der Krankenkassen — wurde doch in steigendem Maße die Männerarbeit durch Kinder, Jugendliche, Frauen und gesundheitlich nicht mehr vollwertige ältere Leute ersetzt — bewirkte, namentlich im Verein mit der zunehmenden Unterernährung und den Anstrengungen der Arbeit, daß die Krankenziffer wuchs und die Krankenkassen in immer stärkerem Maße in Anspruch genommen wurden. Allein auch dies hätte sich noch ertragen lassen, wenn sie nicht durch die beiden Influenzaepidemien des Jahres 1918 aufs Schwerste in Mitleidenschaft gezogen worden wären. Dieser Umstand, sowie der katastrophale Verfall unseres Wirtschaftslebens am Kriegsende, die überstürzte Demobilmachung und die dann folgende Arbeitslosigkeit waren die Ursachen, daß die Krankenkassen in ihrem Bestand aufs Ernstlichste bedroht wurden und sich veranlaßt sahen, die Hilfe des Reiches und der Kommunen in Anspruch zu nehmen, um vor dem Zusammenbruch bewahrt zu werden.

Die Alters- und Invalidenversicherung befand sich als überaus kapitalkräftige Institution, — belief sich doch das Vermögen sämtlicher Versicherungsanstalten bei Kriegsausbruch auf etwa 2 Milliarden — gegenüber den Krankenkassen in einer viel günstigeren Lage, so daß besondere behördliche Schutzvorschriften ihr gegenüber nicht erforderlich erschienen. Auch sie profitierte zunächst sogar, insofern die Anträge auf Rentengewährung und Heilverfahren abnahmen, befand sich doch ein großer Teil ihrer Mitglieder im Felde, während die Zurückgebliebenen ihre Arbeits-

kraft in der Kriegsindustrie auszunützen suchten, was für sie einträglicher war als der Bezug einer schmalen Rente. Im Laufe des Krieges nahm jedoch die Zahl der Rentengesuche sowie die Zahl der Anträge auf Gewährung eines Heilverfahrens zu, was vor allem natürlich durch die steigende Ziffer der Kriegsbeschädigten bedingt war. Ferner wuchsen in sehr starkem Maße die Rentengesuche der Kriegerwitwen und Waisen. Es betrug die Zahl der festgesetzten Invalidenrenten 1914 130 617, 1915 101 161, 1916 107 808, 1917 103 193, die Zahl der festgesetzten Krankenrenten stieg von 1914 auf 1917 von 11 999 auf 79 884, die Gesamtzahl der Versicherungsfälle stieg von 1 318 128 in 1914 auf 1 706 661 in 1917. Aber weder die Zunahme der Renten, noch ihre Erhöhung, noch die bedeutende Zunahme der Altersrenten infolge Herabsetzung des zur Altersrente berechtigenden Alters von 70 auf 65 Jahre während des Krieges, sind imstande gewesen, das solide Gefüge der Invalidenversicherung zu erschüttern, so daß diese den schweren Krieg völlig ungeschwächt überstanden hat.

Bei der Unfallversicherung war zunächst infolge des Stilliegens oder der Betriebsverminderung zahlreicher Fabriken eine Verringerung der zur Entschädigung gelangender Unfälle zu verzeichnen, später ist die Zahl der Unfälle infolge Einstellung zahlreicher ungeübter, namentlich weiblicher Arbeitskräfte wieder gestiegen. Die Zahl der erstmalig entschädigter Unfälle betrug 1914 704 030, sie sank im folgenden Jahre auf 599 300, um 1916 wieder auf 601 044 und 1917 auf 681 515 zu steigen. Da aber die Berufsgenossenschaften, die Träger der Unfallversicherung, ihre Lasten nach dem Umlegeverfahren verteilen, d. h. keine Kapitalien ansammeln, vielmehr die erwachsenen Ausgaben je nach ihrer Höhe auf ihre Mitglieder verteilen, so sind ihnen finanzielle Schwierigkeiten während des Krieges nicht erwachsen.

Dasselbe ist auch bei der Angestelltenversicherung der Fall gewesen, die erst kurz vor Ausbruch des Krieges ins Leben getreten ist. Sie hatte zwar ebenfalls einen erheblichen Beitragsverlust zu verzeichnen, aber da sie überhaupt noch keine Renten zu gewähren hat, ist sie finanziell wenig berührt worden.

So verschieden nun die Träger der Sozialversicherung je nach ihrer Organisation, ihren Aufgaben und ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit durch den Krieg betroffen wurden, so sehr differier-

ten auch ihre Leistungen für hygienische und Wohlfahrtszwecke, namentlich für die Aufgaben der Kriegswohlfahrt während des Krieges. Es soll hier zunächst ihre Tätigkeit für allgemeine Zwecke betrachtet werden, alsdann ihre speziell sozialhygienischen Leistungen erörtert werden. Die Krankenkassen beschränkten sich im wesentlichen darauf, ihre Heilanstalten der Heeresverwaltung für Lazarettzwecke zur Verfügung zu stellen und sich an der Kriegsanleihe zu beteiligen. Im übrigen waren sie bemüht, ihre sozialhygienischen Einrichtungen auszubauen und neue zu schaffen. Auf Grund des § 363 R. V. O., der bestimmt, daß Kassenmittel auch für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwendet werden dürfen, hatten sich viele Kassen, namentlich die größeren, sozialhygienisch betätigt. Diese Tätigkeit war jedoch im Kriege vielfach eingeschränkt worden. Davon ausgehend aber, daß es den Krankenkassen vor allem zukomme, mitzuwirken an der Heilung der schweren Wunden, welche der Krieg dem Volkskörper und der Volksgesundheit geschlagen, stellten vor allem die großen Kassenverbände auf ihren Kriegstagungen großzügige Programme auf, wie ihre Arbeit auf den einzelnen Zweigen der sozialen Hygiene und Bevölkerungspolitik zu gestalten wäre.[1])

Die Träger der Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung, die Landesversicherungsanstalten waren dank ihrer günstigen Vermögenslage nicht nur imstande, ihre Leistungen für allgemeine hygienische Zwecke aufrecht zu erhalten, sondern sie auch für die Zwecke der Kriegsfürsorge in namhafter Weise zu erweitern. Die Handhabe bot ihnen der § 1274 der R. V. O., wonach die Versicherungsanstalten mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Mittel aufwenden können, um allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu treffen. Diese Bestimmung bildet die gesetzliche Grundlage für die ausgebreitete sozialhygienische Be-

---

[1]) Albert Kohn, Die künftige Gestaltung der vorbeugenden Tätigkeit der Krankenkassen, Schriften der Zentralkommission der Krankenkassen Berlins — Vorträge über Volksgesundheitspflege auf dem 22. Deutschen Ortskrankentag des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen zu Dresden — Volksgesundheitspflege und Betriebskrankenkassen. 7 Vorträge gehalten in der Hauptversammlung zu Berlin 1918. — Vortäge auf der Tagung des Gesamtverbandes deutscher Krankenkassen zu München 1917.

tätigung der Versicherungsanstalten, der in hervorragendem Maße die Besserung unserer allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse und der Abnahme der Sterblichkeit in den letzten Jahrzehnten mitzuverdanken ist. Auf Grund dieser Bestimmung haben vor allem die Versicherungsanstalten ein vorbeugendes, intensives Heilverfahren bei ihren Versicherten in Krankenhäusern, Heilstätten, Genesungshäusern und Bädern übernommen, um der Gefahr einer vorzeitigen Invalidität bei ihren Mitgliedern zu begegnen. Dies erstreckt sich namentlich auf die Tuberkulose, aber auch auf sonstige innere Krankheiten. Die Zahl der einer solchen Heilbehandlung unterworfenen Versicherten betrug 1913 153 636, sie sank 1914 auf 139 098, 1915 auf 79 475 und stieg 1916 wieder auf 95 760. Das starke Absinken der Zahl der Heilbehandelten ist naturgemäß darauf zurückzuführen, daß abgesehen davon, daß die Heilstätten für Lazarettzwecke zur Verfügung gestellt waren, ein großer Prozentsatz der Versicherten sich im Heeresdienst befand, und die Zurückgebliebenen so intensiv beschäftigt waren, daß sie kaum Zeit fanden, selbst wenn es notwendig gewesen wäre, sich einem Heilverfahren zu unterziehen. Dauernd Invaliden kann gegen Einbehaltung der Rente oder eines Teiles derselben Invalidenhauspflege gewährt werden. Die Zahl der in Anstalten untergebrachten Invaliden betrug 1915 5446. Für allgemeine Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten und zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung haben die Versicherungsanstalten während des Krieges jährlich 1½ Millionen aufgewendet und zwar zur Durchführung einer geordneten Krankenpflege auf dem Lande, zur Errichtung von Heilstätten, zur Errichtung und Unterhaltung von Walderholungsstätten, zur Errichtung und Unterhaltung von Auskunfts- und Fürsorgestellen von Lungenkranken, zur Entseuchung von Wohnungen und zur Bekämpfung der Volkskrankheiten, worauf im einzelnen noch einzugehen sein wird.

Der öffentlichen Gesundheitspflege dienen die Versicherungsträger aber weiter im hervorragenden Maße dadurch, daß sie einen erheblichen Teil ihrer Vermögensbestände zu gemeinnützigen, sozialhygienischen Zwecken anlegen. Vor allem kommt hier der Bau von Arbeiterwohnungen, der Bau von Krankenhäusern, Genesungshäusern, Siechenhäusern in Betracht, des weiteren die Förderung

von Anlagen der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere der Bau von Volksbädern, Schlachthäusern, Wasserleitungen, Kanalisationen und Friedhöfen. Der Gesamtbetrag der von den Versicherungsträgern bis zum 1. Januar 1918 für gemeinnützige Zwecke der gedachten Art aufgewendeten Mittel stieg vom Jahre 1914 von 1 351 262 000 M. auf 1 492 162 000 M.

Was nun die eigentliche Kriegswohlfahrtspflege der Landesversicherungsanstalten anging, so stellten sie zunächst mit ihren Heilstätten und Genesungsheimen etwa 10 000 Betten für die Verwundeten- und Krankenpflege zur Verfügung und sie zeichneten erhebliche Summen für die Kriegsanleihen. Eine weitere Handhabe zum Eingreifen bot aber wieder der § 1274. Die Bestimmungen dieses Paragraphen ermöglichten es, daß die Landesversicherungsanstalten ihre reichen Mittel für die Kriegsfürsorge und zur Bekämpfung der Schäden, die aus der wirtschaftlichen Notlage weiter Kreise der Bevölkerung drohten, bis zu 5 % ihres Vermögens bereitstellten. Da dasselbe 2 Milliarden betrug, so konnte mit einem Höchstbetrag von 100 Millionen gerechnet werden. Die bewilligten Beträge bestanden vornehmlich in Zuschüssen an das Rote Kreuz, an Gewährung von Liebesgaben für die Truppen im Feld, namentlich in Gewährung von Wollsachen, um Erkältungskrankheiten vorzubeugen, sie betrafen ferner Unterstützung von Arbeitslosen, um den mit der Arbeitslosigkeit verbundenen gesundheitlichen Nachteilen entgegenzuwirken. Sie betrafen ferner Unterstützungen unmittelbar an Versicherte, an Gemeinden und Kreise, an Vereine und Einrichtungen der Kriegswohlfahrtpflege, zur Förderung der Kriegsversicherung, zur Bereitstellung von Heilstätten für Verwundete, zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und für die Kriegsbeschädigtenfürsorge; in Ausrüstung von Lazarettzügen, Bade- und Desinfektionswagen für das Heer und in Ehrengaben an die Hinterbliebenen von Gefallenen. Auch wurden Beihilfen zur Förderung des Volksküchen- und Speisewesens gewährt und Vereine, die sich mit der Beschaffung von Lebensmitteln, Kleidern und Brennstoffen für in Not geratene Familien befaßten, unterstützt. Eine Anzahl von Versicherungsanstalten bemühte sich besonders darum, daß den Familien der Kriegsteilnehmer eine geregelte Krankenhilfe nicht fehle. So stellte die Versicherungsanstalt Württemberg zunächst 250 000 M. zur Verfügung,

indem sie Beiträge an die Krankenkassen und besondere Kriegsfürsorgeeinrichtungen zahlte, um für die Familien der Kriegsteilnehmer und die Erwerbslosen eine geregelte Krankenfürsorge zu ermöglichen. Dieselbe Summe gewährte die Versicherungsanstalt Oldenburg für die Kranken- und Wöchnerinnenunterstützung der Familien der zu der Fahne einberufenen Versicherten, arbeitsloser Versicherten und ihren Familien. Die Anstalt Hessen-Nassau trug zu den Kosten der Arztbeschaffung auf dem platten Land bei. Während für Kriegswohlfahrtszwecke im Jahr 1914 von den Versicherungsanstalten 5 750 000 M. aufgewendet wurden, betrug diese Summe in den folgenden Kriegsjahren je 18—20 Millionen jährlich. Über die besonderen sozialhygienischen Leistungen der Versicherungsanstalten auf diesen Gebieten, namentlich hinsichtlich der Bekämpfung der Volkskrankheiten, der Kriegsbeschädigtenfürsorge, der Kinderfürsorge wird im folgenden noch eingehend zu sprechen sein. Nur sei erwähnt, daß die Versicherungsanstalten neben den gewährten Unterstützungen den Gemeinden und gemeinnützigen Körperschaften erhebliche Summen als Darlehen zur Linderung der Kriegsnot zur Verfügung stellten, vor allem um die Bautätigkeit zu beleben und durch Notstandsarbeiten der Arbeitslosigkeit zu steuern. Bis Mai 1915 haben die Versicherungsanstalten bereits für rund 56 Millionen Wohlfahrtsdarlehen gewährt. Die Berufsgenossenschaften stellten ihre Heilanstalten gleichfalls für Lazarettzwecke zur Verfügung und beteiligten sich an den Kriegsanleihen durch entsprechende Zeichnungen. Die Kriegsleistung der Reichsversicherungsanstalt für die Angestelltenversicherung bestand in der Ausrüstung eines Lazarettzuges, in der Zeichnung von Kriegsanleihen, der Bereitstellung ihrer Heilanstalt für Verwundete, endlich in Gewährung von einer Million zur Anschaffung von Wollsachen für das Heer. Das Heilverfahren für Versicherte hatte die Anstalt bei Kriegsausbruch auf die Tuberkulösen beschränkt, es jedoch bereits am 1. Oktober 1914 in vollem Umfange wieder aufgenommen. Genehmigt wurden 1914 11 021 Anträge, 1916 16 804. Über die besondere Tätigkeit der Reichsversicherungsanstalt auf sozialhygienischem Gebiet, namentlich auf dem Gebiet der Kriegsinvalidenfürsorge wird in den folgenden Ausführungen im Zusammenhang zu reden sein.

Die sozialhygienische Tätigkeit der Träger der Arbeiterversicherung im einzelnen gliedert sich in folgende Abschnitte: 1. Bekämp-

fung der Tuberkulose. 2. Bekämpfung des Alkoholismus. 3. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 4. Des Krebses. 5. Zahnhygiene. 6. Gewerbehygiene und Unfallverhütung. 7. Mutterschutz und Säuglingsfürsorge. 8. Kinder- und Jugendlichefürsorge. 9. Wohnungsfürsorge. 10. Bevölkerungspolitik. 11. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

1. Bekämpfung der Tuberkulose.

Die Krankenkassen, als aufmerksame Beobachter der Bedeutung der Volkskrankheiten und materiell in hervorragendem Maße dabei interessiert, sind sich natürlich schon sehr früh der deletären Wirkung der Tuberkulose bewußt geworden, und sie haben sich natürlich nicht damit begnügt, die Erkrankten pflicht- und gesetzesgemäß wie jeden anderen Kranken in Behandlung zu nehmen, sondern sie haben schon früh begonnen, sich an den großzügigen Bekämpfungsmaßnahmen der Tuberkulose als Volkskrankheit zu beteiligen. So gewähren sie zusammen mit den Versicherungsanstalten oder auch allein aus eigenen Mitteln den Erkrankten intensive Kuren in den Heilstätten, um späterer Invalidität vorzubeugen, gewähren Genesendefürsorge nach schweren akuten oder bei chronischen Krankheitszuständen in Genesungsheimen, Walderholungsstätten, Luftkurorten und Bädern, um den geschwächten Körper vor Übernahme der regulären Berufstätigkeit zu stärken und damit gerade gegen die Ansiedelung des Tuberkelbazillus zu festigen. Mit den Fürsorgestellen zur Bekämpfung der Schwindsuchtsgefahr arbeiten sie zusammen, indem sie diese finanziell unterstützen.

Aufklärend im Kampfe gegen die Schwindsucht arbeiten viele Kassen, indem sie Vorträge halten lassen, Broschüren und Merkblätter verteilen und Ausstellungen und Wandermuseen unterstützen. Vereinzelte Krankenkassen schenken auch der Wohnung als wichtige Quelle der Tuberkuloseentstehung und Verbreitung besondere Beachtung, so die Berliner Ortskrankenkasse bei ihren Wohnungsuntersuchungen durch die Krankenkontrolleure. Diese Kasse weist, wenn die Wohnungsverhältnisse als besonders schlimm befunden werden, namentlich wenn die Gefahr der Übertragung der Krankheit besteht, die Kranken in Krankenhäuser und Heilstätten ein, den Kranken werden Verhaltungsmaßregeln u. a. über die Behandlung der Wäsche gegeben. Von geeigneten Fällen wird den

Auskunfts- und Fürsorgestellen Mitteilung gemacht, um sie zum Einschreiten zu veranlassen. Dies ist namentlich der Fall, wenn festgestellt wird, daß in den von dem Kranken bewohnten Räumen Heimarbeit verrichtet wird, worauf die Krankenkontrolleure seit dem Jahr 1915 zu achten gehalten sind. Wurden doch in diesem Jahr 239 derartige Fälle ermittelt, in der Hauptsache handelte es sich um Konfektionsarbeiter, aber auch Arbeiter der Lebensmittelbranche fehlten nicht.

Ist der bisherigen Tätigkeit der Krankenkassen auf dem Gebiete der Schwindsuchtsbekämpfung die Anerkennung nicht zu versagen, so ist doch zu verlangen, daß sie für die Folge viel intensiver und systematischer erfolgt und das, was bisher doch wohl bloß vereinzelt von einer Anzahl größerer sozialpolitisch fortgeschrittener Kassen geleistet wurde, zum Allgemeingut sämtlicher Kassen werde. Zu dieser Forderung zwingt vor allem die ungeheure Zunahme der Tuberkulose während des Krieges — starben doch in 380 deutschen Orten mit mehr als 15 000 Einwohner 1913 15,7, 1918 31,7 % —, wodurch die stetig fortschreitende und erfolgreiche Arbeit der Tuberkulosebekämpfung völlig vernichtet wurde und wir wieder ganz von vorn anfangen müssen. Die intensive Beteiligung der Krankenkassen liegt ja auch in ihrem finanziellen Interesse, sie ist keine unproduktive Ausgabe, sondern, was die Kassen für die Prophylaxe der Tuberkulose aufwenden, ersparen sie wieder an Kosten für die Behandlung. Daneben werden aber unbezahlbare Werte für die Volkskraft und für die Volkswirtschaft gewonnen.

Erfreulicherweise herrscht bei den großen Kassenverbänden Einstimmigkeit darüber, daß der Kampf gegen die Tuberkulose in großzügiger Weise aufgenommen werden muß, und es herrscht auch Übereinstimmung über die hier zu ergreifenden Maßnahmen.[2]) Da handelt es sich zunächst darum, alle Fälle von Tuberkulose möglichst früh zu erkennen und einer möglichst frühzeitigen Behandlung zuzuführen. Man hat hierzu periodische ärztliche Untersuchungen der Kassenmitglieder vorgeschlagen und wünscht diese als Fortsetzung der im Kindesalter in den Säuglingsfürsorge-

---

[2]) Kohn, l. c. — Beschorner, Fürsorge für Lungenkranke im Bericht über den 22. Deutschen Ortskrankenkassentag 1917. — Helm, die Fürsorge für Lungenkranke und die Krankenkassen in „Volksgesundheitspflege und Betriebskassen“. Essen 1919.

stellen und Schulen regelmäßig vorgenommenen Untersuchungen. Zweifellos würden diese erheblichen Nutzen stiften und nicht nur Frühfälle von Tuberkulose, sondern auch Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, Nieren-, Herz- und zahlreiche andere Krankheiten entdeckt und der Behandlung zugeführt werden. Sie werden auch um so notwendiger sein, als nunmehr mit Aufhebung des Dienstzwanges die Untersuchungen bei Eintritt in das militärische Alter wegfallen. Doch wird, abgesehen von den sehr erheblichen Kosten, niemals ein Zwang auf die Mitglieder ausgeübt werden können, die Untersuchung wird auf die freiwillig sich Meldenden sich erstrecken. Ebenso dringend ist die Forderung von diagnostischen Instituten bei den Krankenkassen zur Unterstützung und Entlastung der behandelnden Ärzte. Hier muß die bakteriologische Untersuchung des Auswurfes und die Röntgenuntersuchung vorgenommen werden. Ein solches Institut ist in Berlin während des Krieges eingerichtet worden, das natürlich auch für andere Krankheiten bestimmt ist. Die Ortskrankenkasse in Stuttgart besaß bereits vor dem Kriege eine chemische Untersuchungsstelle. In Orten, wo gut eingerichtete Institute bereits vorhanden sind, ist die Errichtung naturgemäß weniger dringend, als wo diese noch fehlen. Hier genügt es auch, wenn die Kassen mit diesen Untersuchungsanstalten ein Abkommen treffen. Ist die Krankheit rechtzeitig erkannt, dann handelt es sich vor allem darum, den Erkrankten, wenn die Wohnungsverhältnisse ungünstig sind, bei kinderreichen Familien, namentlich wo Angehörige des Nahrungsmittelberufes in Frage kommen, überall da, wo die Gefahr der Übertragung vorhanden ist, und die Isolierung in der Häuslichkeit unmöglich ist, den Erkrankten aus seiner Wohnung herauszunehmen und einem Krankenhause oder einer Heilstätte, hoffnungslos und unheilbar Erkrankte einem Asyl oder einem Siechenhaus zuzuführen. Auf Antrag des behandelnden Arztes sollten in diesen, wie bei sonstigen ansteckenden Krankheiten die Kassen verpflichtet sein, Krankenhauspflege zu gewähren, es wäre eine entsprechende Änderung des § 184 der R.V.O. nötig, der nur vorsieht, daß, wenn die Krankheit ansteckend ist, tunlichst Krankenhauspflege gewährt werden soll.[3]) Diese Forde-

---

[3]) Hanauer, Die ärztlich-hygienischen Reformen der Reichsversicherungsordnung gegenüber dem geltenden Rechte. „Münch. Med. Woch." 1911, Nr. 42 u. 43.

rung ist bereits vor längerer Zeit auch von Mugdan gestellt worden.[4]) Auch für die Desinfektion der Wohnungen und Utensilien der Erkrankten müßten die Krankenkassen Sorge tragen, wozu ihnen der § 363 der R.V.O. die Handhabe bietet, da nicht überall, wie in Frankfurt a. M., die Bestimmung besteht, daß innerhalb einer bestimmten Einkommensgrenze die Desinfektion kostenfrei gewährt wird. Da die Ernährung bei der Prophylaxe und Behandlung der Lungentuberkulose von besonderer Bedeutung ist, sollen die Krankenkassen den Tuberkulösen möglichst Nähr- und Kräftigungsmittel in natura verabreichen, Milch, Krankenkost, Mittagessen und zu diesem Zwecke Volksküchen unterstützen oder selbst solche errichten. Um den Genesenden, noch nicht voll erwerbsfähigen, namentlich den aus den Heilstätten Entlassenen die langsame Wiederaufnahme der Arbeit zu ermöglichen, empfiehlt sich für einige Zeit die Gewährung des halben Krankengeldes nach dem Vorbild der Leipziger Krankenkassen.

Mit den Tuberkulosefürsorgestellen müssen die Krankenkassen viel intensiver zusammenarbeiten als es bisher der Fall ist. Dieses Zusammenarbeiten ist den Krankenkassen durch Rundschreiben des Reichskanzlers vom 13. März 1917 empfohlen worden und, um es zwischen den Krankenkassen und den Fürsorgestellen für Lungenkranke inniger zu gestalten, hat auf Anregung des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose das Reichsversicherungsamt Vertreter des Zentralkomitees und der Krankenkassen-Hauptverbände am 26. April 1918 zu einer Beratung zusammengeführt. Wo solche Stellen noch nicht bestehen, ist es Aufgabe der Krankenkassen, auf deren Errichtung hinzuarbeiten. Sie müssen diese finanziell ausreichend unterstützen und demgemäß bei deren Verwaltung sich einen maßgebenden Einfluß sichern. Vor allem müssen diesen alle Fälle angezeigt und zur Fürsorge überwiesen werden. So lange wir in Deutschland die Anzeigepflicht bei Tuberkulose noch entbehren, sind die Fürsorgestellen darauf angewiesen, daß ihnen die Erkrankungsfälle lückenlos von allen Organen gemeldet werden, die an der Schwindsuchtsbekämpfung beteiligt sind. Gerade von seiten der Krankenkassen

[4]) Mugdan, Die Mitwirkung der Krankenversicherung auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege. Vierteljahrschr. für öffentl. Gesundheitspflege 1908, S. 60.

hat es hier vielfach noch gefehlt. Die Kassen brauchen hierzu aber nicht allein die Mitarbeit ihrer Ärzte, sondern sie müssen in ihren Krankenkontrolleuren sich Organe heranbilden, welche die Ärzte in ihrer Fürsorgearbeit unterstützen und die Arbeit ergänzen. Das Institut der Krankenkontrolleure, die bisher meist polizeiliche Funktionen auszuüben und meist nur darauf zu achten hatten, ob die Bestimmungen der Krankenordnung seitens der Erkrankten eingehalten und u. a. die Ausgehzeit nicht überschritten wird, muß zu dem der Gesundheitsaufseher oder Gesundheitsbeamten nach dem Vorbild der Berliner Ortskrankenkasse weitergebildet werden. Sie sind es, die vor allem die Wohnungen, die gesamten häuslichen Verhältnisse der Kranken beaugenscheinigen, während dies dem Arzte bei der ambulanten Behandlung versagt ist, sie lernen bei dieser Gelegenheit gesundheitliche Schäden kennen und müssen im Zusammenarbeiten mit den Fürsorgestellen auf deren Abstellung bedacht sein. Nötig ist natürlich, daß die Kontrolleure hierzu eine besondere Ausbildung durch Vorträge berufener Sozialhygieniker erhalten, wie das bei der Berliner Kasse der Fall ist.

Auch die Aufklärung der Mitglieder über das Wesen und die Verhütung der Tuberkulose muß in intensiverer Weise geschehen, als es bis jetzt der Fall ist. Wirksamer wie Plakate und Flugblätter erweist sich hier das gesprochene Wort, Vorträge mit Anschauungsmaterial und Lichtbildern, und als nachahmenswert sind hier die Vorträge der Zentralkommission Berliner Krankenkassen zu bezeichnen.

Den Kampf gegen die Tuberkulose im großen Stil haben bekanntlich die Versicherungsanstalten aufgenommen und bis zum Ausbruch des Krieges erfolgreich durchgeführt. Sie sind die eigentlichen Träger der Heilstättenfürsorge geworden. Sie besitzen 40 eigene Heilstätten. In diesen wie in nicht den Anstalten gehörigen Heilstätten wurden von 1897—1913 475 000 an Lungen- und Kehlkopftuberkulose Erkrankte mit einem Gesamtaufwand von 176 Millionen M. behandelt. Infolge zunehmender Verbesserung der Behandlungsweise und sorgfältiger Auswahl der Kranken nahmen die Anfangs- und Dauererfolge der Heilstätten-Kuren ständig zu.[5])

Kranke, die nicht den Heilstätten überwiesen werden können, werden in den sogen. Walderholungsstätten untergebracht. Da der

---

[5]) Kaufmann, Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. Berlin 1913, S. 104.

Andrang zu den Heilstätten ein sehr großer ist und nur solche Kranke aufgenommen werden sollen, für welche sie bestimmt sind, die also wirklich tuberkulös erkrankt und bei denen die Krankheit auf der anderen Seite noch nicht zu weit vorgeschritten ist, so haben die Anstalten V o r s t a t i o n e n eingerichtet. Diese befinden sich in Krankenhäusern, Kliniken, in Lungenheilstätten und Fürsorgestellen. Von 4547 im Jahr 1915 in Vorstationen beobachteten Fällen wurde bei 500 die Notwendigkeit eines Heilverfahrens verneint und in 990 bot ein Heilverfahren keine Aussicht auf Erfolg mehr. Nach der Entlassung aus Heilstätten wird vielfach noch Aufenthalt in Genesungsheimen gewährt, um die Erkrankten nach und nach wieder an schwerere Arbeit zu gewöhnen. Auch wird alsdann seitens der Versicherungsanstalten durch Zusammenarbeiten mit den Arbeitsnachweisen Arbeit vermittelt. Während der Unterbringung in den Heilstätten wird den Familien der Erkrankten Unterstützung, ein sogen. Hausgeld, gewährt, damit bei den Erkrankten nicht der Heilerfolg durch die Sorge um die Familie gestört wird.

Während bei der Fürsorge für die frisch Erkrankten vor allem sozialhygienische Gesichtspunkte in Betracht kommen, handelt es sich bei den v o r g e s c h r i t t e n e n Fällen von Tuberkulose, namentlich den unheilbaren, vor allem um rein h y g i e n i s c h e Probleme. Hier gilt es, durch Herausnahme der ansteckenden Kranken die gesunde Umgebung zu schützen und die Ansteckungsquelle zu eliminieren. Hier muß der Gesichtspunkt der Absonderung der Kranken vor dem der Hilfeleistung zurücktreten. Die R. V. O. gibt den Versicherungsanstalten die Möglichkeit, tuberkulöse Rentenempfänger auf Antrag statt der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus zu gewähren. 1915 wurden 1576 derartige Kranke in Anstaltspflege genommen.

Während sich aber b e s o n d e r e I n v a l i d e n h e i m e für unheilbare Tuberkulöse nicht bewährt haben und als Sterbehäuser gemieden wurden, werden jetzt diese Kranken in Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser oder in besondere Tuberkulose-Krankenhäuser untergebracht. Vorbildliches hat hier die Rheinische Versicherungsanstalt geleistet, die mit zahlreichen ländlichen Krankenhäusern Verträge abgeschlossen hat. Den günstigen Erfolgen, die man bei Lupus und chirurgischer Tuberkulose mit der Licht-, Sonnen- und Strahlenbehandlung erzielt hat, haben die Versicherungsanstal-

ten Rechnung getragen, indem sie die in Betracht kommenden Heilanstalten unterstützen.

Die am 1. Januar ins Leben getretene Hinterbliebenenversicherung hat den Versicherungsanstalten die Möglichkeit gegeben, ihre Heilfürsorge auch auf tuberkulöse Kinder auszudehnen. Sie wenden rentenberechtigten Waisen ihre Fürsorge zu und weisen sie, soweit sie tuberkulös erkrankt oder gefährdet sind, einer Heilstätte oder einem Kinderheim zu. Führend auf diesem Gebiete ist die Versicherungsanstalt der Hansastädte gewesen. Ein weiterer bahnbrechender Schritt wurde von dieser Versicherungsanstalt 1914 getan, indem sie auf Grund des § 1274 der R. V. O. die Fürsorge von kranken und pflegebedürftigen Kindern von lebenden Versicherten übernahm. Sie stellte in diesem Jahr 20 000 M. für Kinder tuberkulöser, aber noch lebender Eltern zur Verfügung, unter der Bedingung, daß die Hansastädte den gleichen Betrag gewährten.

Natürlich wenden auch die Versicherungsanstalten der Fürsorgestellenbewegung die größte Aufmerksamkeit zu und haben das Handinhand arbeiten mit ihnen organisiert, von einigen Versicherungsanstalten sind eigene Fürsorgestellen errichtet worden. Viele der von Vereinen unterhaltenen Auskunftsstellen wurden von Versicherungsanstalten ins Leben gerufen und werden von ihnen unterstützt. Die rheinische Versicherungsanstalt hat sich ein besonderes Verdienst dadurch erworben, daß sie besonders auf die Errichtung von Fürsorgestellen auf dem Lande bedacht war, so daß in dem größeren Teil der Landkreise der Rheinprovinz wohlorganisierte Fürsorgestellen bestehen. Auch die Aufklärungstätigkeit haben die Versicherungsanstalten in den Kreis ihrer Tätigkeit einbezogen, von einzelnen Anstalten werden Tuberkulosewandermuseen unterhalten und gefördert, die Versicherungsanstalt Westfalen läßt es sich angelegen sein, namentlich die ländliche Bevölkerung durch Broschüren und Plakate aufzuklären.

Dieser wohlorganisierte Kampf gegen die Schwindsucht wurde bei Kriegsausbruch schwer bedroht, vor allem durch die militärische Einziehung der Ärzte und Fürsorgeschwestern, und die Inanspruchnahme der Heilstätten für die Heeresverwaltung. Sofort besannen sich jedoch die in Frage kommenden Instanzen darauf, daß die bisherigen Bekämpfungsmaßnahmen unter allen Umständen möglichst aufrecht erhalten werden müßten. Es wurde bei der Zentralstelle

des Roten Kreuzes für Kriegswohlfahrtspflege ein Ausschuß für Tuberkulosebekämpfung errichtet. Ein Runderlaß des Reichsversicherungsamtes an die Landesversicherungsanstalten vom 20. August 1914[5a]) machte diese Behörden darauf aufmerksam, daß der Kampf gegen die Tuberkulose während des Krieges nicht ruhen dürfe, dies um so weniger, weil infolge des Rückganges der wirtschaftlichen Lage, der Verschlechterung der Ernährungs- und besonders der Wohnungsverhältnisse ein günstiger Nährboden für die Seuche und ihre Verbreitung geschaffen werde. Kranke mit offener Tuberkulose müßten schon im Interesse ihrer Umgebung unschädlich gemacht und Heilstätten überwiesen werden. So weit dies nicht möglich sei, müsse durch erhöhte Tätigkeit der Auskunfts- und Fürsorgestellen sowie der Walderholungsstätten ein Ausgleich geschaffen werden. Dieser Runderlaß hat den Versicherungsanstalten bei ihrem weiteren Vorgehen zur Richtschnur gedient. Wie sehr jedoch der Krieg ihre Tätigkeit gerade auf dem Gebiet der Heilbehandlung der Tuberkulose ungünstig beeinflußte, ergibt sich aus folgenden Ziffern. 1913 betrug die Zahl der Behandelten 52 251, 1914 46 624, sie sank 1915 auf 27 033 und betrug 1916 28 149. Ein Heilerfolg wurde bei den Behandelten erzielt 1914 bei 92%, 1915 bei 90%, er sank in den folgenden Jahren auf 89 und 87%.

Die sehr bedeutende Abnahme der Zahl wegen Tuberkulose Behandelten ist auf verschiedene Gründe zurückzuführen. Abgesehen davon natürlich, daß nur noch eine geringere Zahl von Betten zur Verfügung standen, standen der größte Teil der männlichen Versicherten im Heeresdienst und erhielten das Heilverfahren, wenn ein solches notwendig war, durch die Militärverwaltung, von der Zivilbevölkerung wurde ein großer Teil durch die überall vorhandene Arbeitsgelegenheit und die hohen Löhne, durch die Möglichkeit, den Rest der vorhandenen Arbeitskraft auszunutzen, endlich durch den Arbeitszwang infolge des Hilfsdienstgesetzes davon abgehalten, sich einem Heilverfahren zu unterziehen und sie verschoben dasselbe bis zur Beendigung des Krieges. Die schlechten Resultate der Behandlung sind natürlich in erster Linie auf die sich ständig verschlechternde Ernährung, dann auf die ungünstige Einwirkung der intensiveren und schwereren Arbeit, endlich noch auf psychische Momente zurückzuführen.

[5a]) Der Stand der Tuberkulosebekämpfung 1915. Berlin 1915, II, 32.

Gerade diese ungünstige Gestaltung der Heilstättenbehandlung nötigte die Versicherungsanstalten, andere Gebiete der Tuberkulosefürsorge um so intensiver zu betreiben, vor allem das Auskunftsstellenwesen und die Tuberkulosebekämpfung im Kindesalter.

Dank dieser Tätigkeit ist die Pflege- und Fürsorgetätigkeit fast überall aufrecht erhalten worden. So wurde die Gründung neuer Fürsorgestellen energisch in die Hand genommen, u. a. wies die Landesversicherungsanstalt Westfalen auf die Notwendigkeit der Begründung neuer Fürsorgestellen namentlich auf dem Land hin und sie erklärte sich bereit, mit noch größeren Mitteln einzugreifen. Jedes Arzthaus, jede Schwesternniederlassung, jedes Pastorhaus — führte sie in einem Rundschreiben vom 1. August 1916 aus — bilde den geeigneten Boden für eine ländliche Fürsorgestelle.[6]) Ein Runderlaß des Reichsversicherungsamtes vom 8. Mai 1917 an die Landesversicherungsanstalten gab von dem Erlaß des Reichskanzlers vom 13. Mai 1917 Kenntnis,[7]) wonach der beschleunigte Ausbau der Fürsorgestellen für Lungenkranke gefordert wird im Zusammengehen mit anderen Wohlfahrtsorganisationen und worin Leitsätze über den Ausbau des Fürsorgestellenwesens veröffentlicht werden. Ein weiterer Runderlaß vom 27. Juni 1917 ersucht die Landesversicherungsanstalten, bei der Begründung der Provinzial- usw. Fürsorgestellenausschüsse und dem Ausbau der Fürsorgestellen mitzuwirken.

Auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung im K i n d e s a l t e r ist die Versicherungsanstalt der Rheinprovinz bahnbrechend vorangegangen. Sie ging grundsätzlich davon aus, in erster Linie Kinder von 10—15 Jahren zum Heilverfahren heranzuziehen, die dem versicherungspflichtigen Alter am nächsten stehen, ausnahmsweise nimmt sie jedoch auch jüngere Kinder in Fürsorge, besonders wenn in einer Familie mehrere Kinder an Tuberkulose erkrankt sind. Daneben gewährt sie eine vorbeugende Tuberkulosefürsorge für Kinder, welche das zweite Lebensjahr überschritten haben durch Verabreichung von Solbädern, Milch, Gewährung von Schulspeisung usw. Erleichtert wird dieser Versicherungsanstalt das Vorgehen

---

[6]) Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1917. Berlin 1917, II, 8.

[7]) Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes. Berlin 1917, S. 413.

dadurch, daß im Rheinland die Kinderfürsorge in denselben Händen liegt wie die Bekämpfung der Tuberkulose. Im Jahre 1917 wurde das Heilverfahren für 2313 Kinder übernommen. Die Versicherungsanstalt Westfalen überwies 1915 100 000 und 1916 150 000 M. den Kreisen und kreisfreien Städten für Kuren bei skrophulösen oder tuberkulösen Kindern, unter der Bedingung, daß die Gemeinden mindestens die Hälfte der Kosten für den gleichen Zweck verwendeten. Die thüringische Landesversicherungsanstalt strebt an, daß insbesondere die tuberkulosebedrohten Kinder jährlich mindestens einmal untersucht werden und daß die Untersuchungen auch nach dem Tode der tuberkulösen Familienmitglieder so lange als möglich fortgesetzt werden.

Neue Aufgaben erwuchsen den Landesversicherungsanstalten durch die Fürsorge der aus dem Militärdienst entlassenen tuberkulösen Heeresangehörigen. So lange sie eingezogen waren, oblag das Heilverfahren der Heeresverwaltung. Wie mit diesen bei der Entlassung zu verfahren ist, ergibt der Erlaß des preußischen Kriegsministeriums vom 26. Juni 1916.[8]) Es wird dort auch die Überführung in die bürgerliche Fürsorge geregelt und diese u. a. an die Versicherungsanstalten verwiesen. Letztere übernehmen dann die weitere Fürsorge, bestehend u. a. je nach Lage des Falles in Krankenhausbehandlung, Arbeitsvermittlung, Wiederholungskuren in Heilstätten, Rentengewährung oder Gewährung von Invalidenhauspflege.

So Hervorragendes nun auch die Landesversicherungsanstalten im Kampfe gegen die Schwindsucht geleistet, so sehr man sie mit Recht als die Pioniere der Tuberkulosebekämpfung bezeichnen kann, so sehr ist doch zu wünschen, daß ihre Tätigkeit noch erheblich erweitert und verbessert werde. Da ist zunächst zu verlangen, daß die Heilstättenbehandlung in noch größerem Umfang denjenigen zugute kommt, die es nötig haben und dafür geeignet sind. Dies kann geschehen durch möglichst sorgfältige Auslese der Erkrankten. Es darf nicht vorkommen, daß Leute in den Heilstätten zur Behandlung kommen, die überhaupt nicht tuberkulös erkrankt sind, und daß andererseits Kranke in zuweit vorgeschrittenem Stadium aufgenommen werden. Hier ist der Ausbau der Beobachtungsstatio-

---

[8]) Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1917. Berlin 1917, II, 89.

nen dringend notwendig, prinzipiell sollte kein Erkrankter in die Heilstätte eintreten, der nicht vorher eine Beobachtungsstation passiert hat.

Des weiteren kommt eine Vermehrung der Heilstätten in Betracht. Von dem vielbeklagten Mißstand, daß diese zu luxuriös und kostspielig angelegt sind, ist man ja wohl jetzt abgekommen und unsere ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse werden auch für die Folge zu äußerster Sparsamkeit bei der Errichtung von Heilstätten nötigen, und alsdann wird auch die Kritik verstummen, daß die Kranken in den Heilstätten verwöhnt werden und sich dann nicht mehr in ihren häuslichen Verhältnissen zurechtfinden. Wenn an Kosten im Bau und Betrieb gespart wird, dann wird auch die Zahl der Heilstätten vermehrt werden können. Vielfach wird es auch genügen, wenn die Walderholungsstätten ausgebaut werden. Die Zahl der aufzunehmenden Pfleglinge läßt sich auch vermehren, wenn die Anstalten das ganze Jahr gleichmäßig geöffnet und das Vorurteil gegen die Winterkur beseitigt wird.

Dann gilt es den Heilerfolg zu sichern. Es müssen in den Heilstätten alle therapeutischen Methoden gewährt werden, wozu wir auch die Arbeitstherapie, vor allem die landwirtschaftliche Arbeit rechnen. Sehr wichtig ist es, daß die Angehörigen der Pfleglinge während ihres Aufenthaltes in den Heilstätten ausreichend alimentiert werden, um ihnen die Sorge für diese zu benehmen. So lange aber dem Schwertuberkulösen bei seinem Entritt in die Anstalt von Gesetzes wegen keine Angehörigenunterstützung gewährt wird, wird er vielfach durch die Sorge um seine Familie von dem Eintritt in das Invalidenheim abgehalten werden. Als ein Nachteil wird es ferner empfunden, daß die Erkrankten, nachdem sie zur Kur bestimmt sind, oft viel zu lange, ja monatelang auf die Aufnahme warten müssen, weil die Anstalten überfüllt sind. Sie arbeiten alsdann weiter und verschlimmern ihr Leiden. Diese Kranken sollten in der Zwischenzeit in ein Krankenhaus, in ein Genesungsheim oder in der Walderholungsstätte aufgenommen werden. Ebenso ist den aus der Heilstätte Entlassenen vor Aufnahme ihrer regulären Arbeit eine Übergangs- und Kräftigungskur in einem Genesungsheim zu gewähren. Dies gilt namentlich für Kranke, welche einen die Gesundheit besonders schädigenden oder sehr

anstrengenden Beruf ausüben, weil bei vielen Kranken die Erfolge der Kur nicht lange genug vorhalten, wenn sie sogleich ihre Berufsarbeit wieder voll aufnehmen und in ihre ungünstigen Wohnungs- und Lebensverhältnisse zurückkehren. Die aus der Heilstätte Entlassenen sind dann den Fürsorgestellen zur dauernden Kontrolle zu überweisen und geeignetenfalls Wiederholungskuren zu unterziehen. Einen weiteren Ausbau bedarf aus allgemeinen sanitären Gründen die noch in den ersten Anfängen befindliche Versorgung der unheilbaren Invaliden, der in besonders hohem Maße ansteckenden Tuberkulösen. Wenn, wie wir gesehen haben, nur etwa 1500 derselben sich in Anstaltspflege befinden, so ist dies mit Rücksicht auf die Hunderttausende derartiger Kranken nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Es muß zugegeben werden, daß die Versicherungsanstalten es nicht an Bemühungen fehlen lassen, die Zahl der Asylierten zu vermehren; wenn der Erfolg versagt blieb, so lag dies daran, daß man doch nicht genügend auf die besonderen Verhältnisse dieser Erkrankten eingegangen ist. Es muß vermieden werden, daß man diese Unglücklichen zusammen in besondere Anstalten unterbringt. Diese werden dann natürlich als Sterbehäuser bezeichnet und gemieden. In die städtischen Krankenhäuser gehören sie natürlich auch nicht, wohl aber können sie in ländliche Krankenhäuser nach dem Vorgang der rheinischen Versicherungsanstalt verpflegt werden, ferner in Siechen- und Invalidenhäuser zusammen mit chronisch Kranken anderer Art, auch in Krankenhäuser für tuberkulös Erkrankte aller Stadien, deren Errichtung vor dem Kriege nach dem Vorbild einiger Städte (Stettin, Berlin) auch von einigen Versicherungsanstalten ins Auge gefaßt wurde. Derartige Kranke sollten im allgemeinen besser in ländlichen als städtischen Anstalten untergebracht werden und es muß vor allem auf ihre Psyche besondere Rücksicht genommen werden. Schon aus diesem Grunde ist auch bei dieser Heimstättenpflege eine sorgfältige geregelte ärztliche Behandlung nötig, abgesehen davon, daß es dadurch ermöglicht worden ist, manchen Kranken, der bereits aufgegeben wurde, wieder zu heilen und erwerbsfähig zu machen. Auch müssen diese Invaliden möglichst noch beschäftigt werden, weil auch die Arbeit im psychischem Sinne günstig auf sie einwirkt. Die Unterbringung soll dann in nicht zu weiter räumlicher Entfernung von den Angehörigen erfolgen, damit öftere Be-

suche ermöglicht sind. Die Anstalten sollen ferner mit einem gewissen Komfort ausgestattet sein, es soll den Pfleglingen möglichste Freiheit gewährt, und ihnen und ihren Angehörigen die Rente möglichst belassen werden.

Endlich ist das Fürsorgestellenwesen möglichst auszubauen namentlich auf dem Lande, hier bewährt sich die Verbindung mit der gesamten Wohlfahrtspflege nach rheinischem und hessischem Vorbild.

Sollen alle diese Forderungen erfüllt werden, dann ist es notwendig, daß die Versicherungsanstalten sich die notwendige ärztliche Unterstützung sichern und hauptamtliche Ärzte als Berater anstellen.

Die Zahl der durch die Angestelltenversicherung in Lungenheilstätten Behandelten betrug 1914 3162, 1915 2502, 1916 4195. Sie ist also bescheiden, wünschenswert ist, daß die Angestelltenversicherung ihre Lungenfürsorge in intensiverer Weise ausbaut und namentlich auf die Schichten des Mittelstandes erstreckt.

2. Die Bekämpfung des Alkoholismus.

An der Bekämpfung des Alkohols, diesem Schädling der Volksgesundheit und Volkswohlfahrt, sind die Träger der Sozialversicherung in hohem Maße interessiert. Belaufen sich doch die Summen, welche dafür an Krankengeld und Renten aufgewendet werden müssen, auf viele Millionen, die aber nur geschätzt und nicht zahlenmäßig angegeben werden können, weil bekanntlich ausgesprochene Trunksucht viel seltener als Krankheits- und Invaliditätsursache auftritt, vielmehr der chronische übermäßige Alkoholgenuß zu zahlreichen Erkrankungen führt und diese alsdann als Herz-, Leber-, Magen-, Nierenkrankheiten usw. ohne Betonung der alkoholischen Grundlage rubriziert werden. Wie sehr die Krankenkassen durch die Trunksucht in Mitleidenschaft gezogen werden, ergeben die Erhebungen über die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse zu Leipzig und Umgebung. Darnach war die Zahl der Krankheitsfälle bei den Alkoholikern von der 25—34jährigen Altersklasse an über zweieinhalb Mal, die ihrer Krankheitstage mit Erwerbsunfähigkeit doppelt so hoch als bei der Allgemeinheit der Männer. Einen wichtigen Fortschritt in der Trunksuchtsbekämpfung

brachte für die Organe der Sozialversicherung die R. V. O. mit ihren §§ 120—121. Darnach können Trunksüchtigen, die nicht entmündigt sind, an Stelle des Krankengeldes und der Renten **Sachleistungen** ganz oder teilweise gewährt werden. Auf Antrag des beteiligten Armenverbandes oder der Gemeindebehörde des Wohnortes des Trunksüchtigen muß dies geschehen. Die Sachleistung kann auch durch Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt oder mit Zustimmung der Gemeinde durch Vermittlung einer Trinkerfürsorgestelle gewährt werden. Diese Bestimmungen sind nicht durchweg neu, sie galten bereits im Unfall- und Invalidenversicherungsrecht. Sie sind nur einheitlich gestaltet und auf das ganze Gebiet der Reichsversicherungsordnnug ausgedehnt worden, wodurch das Gewähren von Sachleistungen an Trinker wesentlich erleichtert wird. Gleichzeitig kam damit die viel angefochtene Vorschrift des Krankenversicherungsgesetzes in Wegfall, wonach bei Krankheit infolge Trunksucht das Krankengeld eingezogen werden kann[9]). Wichtiger wie das Recht auf Gewährung von Sachleistungen ist in dieser Vorschrift der Hinweis und die gesetzliche Anerkennung der Trinkerheilanstalten und der Trinkerfürsorgestellen. Die Übernahme des Heilverfahrens bei Trunksucht seitens der Versicherungsanstalten ist allerdings bereits vor Erlaß der R. V. O. bewerkstelligt worden. Von 1902—1912 wurden 4074 Alkoholkranke auf Kosten der Versicherungsanstalten behandelt. Der größte Teil enfiel auf die Versicherungsanstalten Rheinprovinz, Westfalen und Schlesien. Was die Erfolge in diesen anbelangt, so wurden von den von 1907 bis 1914 von der Landesversicherungsanstalt Schlesien übernommene aus Trinkerheilstätten entlassenen und mit Erfolg behandelten 767 Versicherten bis März 1915 694, bei denen seit der Entlassung mehr als ein halbes Jahr verflossen war, kontrolliert. Diese Kontrolle ergab in 284 Fällen Rückfälligkeit, in 56 % hielt die Heilung an. Die Erfolge sind durchweg geringer bei den Kassenpatienten wie bei den Privatpatienten. Sie werden auch bei ersteren besser werden, wenn die Kranken für die Heilstätte sorgfältiger ausgewählt und nur solche aufgenommen werden, bei denen der ernste Wille zur Heilung besteht, wo also die körperliche

---

[9]) **Hanauer**, Die ärztlich-hygienischen Reformen der Reichsversicherungsordnung gegenüber dem bisher geltenden Rechte. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 42 u. 43.

und seelische Zerrüttung noch nicht zuweit vorgeschritten ist. Um den Heilerfolg nach der Entlassung zu sichern, überweisen die Versicherungsanstalten die Entlassenen den Trinkerfürsorgestellen, die vielfach durch Zuschüsse von ihnen unterstützt werden und sorgen dafür, daß sie sich Enthaltsamkeitsvereinen anschließen. Auch gehen sie den geheilten Trinkern beim Aufsuchen von Arbeitsgelegenheit an die Hand. Unheilbare Trinker werden den Trinkerasylen überwiesen, wo sie sich bei regelmäßiger Lebensweise und Beschäftigung wohl fühlen und die Neigung zum Alkohol verlieren. Nicht in Asylen aufgenommenen trunksüchtigen Rentenempfängern wird die Rente in Form von Sachleistung gewährt, was sich als wirksame Waffe zur Bekämpfung des Alkoholismus und zur Verhütung einer ungehörigen Verwendung der Geldrenten erweist. In Frankfurt a. M. hat sich dies Vorgehen namentlich auch als Droh- und Erziehungsmittel bewährt, es sind dadurch einerseits die Krankmeldungen gesunken, andererseits geben die in Frage kommenden Trinker das Versprechen ab, sich gut zu führen und sich freiwillig unter Überwachung zu stellen, wenn von der Maßnahme Abstand genommen würde. Das Frankfurter Armenamt hat die Erfahrung gemacht, daß die Gewährung von Sachbezügen die Empfänger meist veranlaßt, möglichst schnell zur Arbeit zurückzukehren.

Die Krankenkassen beteiligen sich im Kampfe gegen die Trunksucht dadurch, daß sie geeignete Fälle den Versicherungsanstalten zur Übernahme der Heilbehandlung oder Asylierung melden, daß sie Trinkerfürsorgestellen unterstützen und mit ihnen zusammenarbeiten, indem sich die Trinker gegenseitig melden und den Fürsorgestellen die Verabreichung der Sachleistungen übertragen. Auch vorbeugend gegen die Trunksucht wirken sie vielfach, indem sie durch Aushängen von Plakaten, Verteilung von Flugblättern, Abhaltung von Vorträgen aufklärend auf ihre Mitglieder wirken.

Auch die Berufsgenossenschaften haben ein erhebliches Interesse an der Bekämpfung des Alkoholismus. Sie sehen in ihm vor allem ein Mittel zur Verringerung der Unfälle. Man hat erreicht, daß der Genuß von Schnaps und Bier an der Arbeitsstätte ständig zurückgegangen ist; Trunksüchtige werden von der Betriebsstätte oder von besonders gefährlichen Betriebszweigen fern gehalten, für Ersatzgetränke statt des Bieres und Schnapses gesorgt, der Naturallohn, soweit er in alkoholischen Getränken besteht, viel-

fach in Geldlohn umgewandelt. Trunksüchtigen wird statt der Rente Sachleistung gewährt.

Während des Krieges ist bekanntlich der Alkoholkonsum und damit auch der Alkoholismus erheblich zurückgegangen, verursacht durch die stark verringerte Alkoholproduktion und den ständig verringerten Alkoholgehalt der geistigen Getränke, das Eingehen vieler Wirtschaften und die frühere Polizeistunde. Auf der anderen Seite hat man einen erhöhten Alkoholgenuß aber gerade bei manchen Schichten wahrgenommen, wo dies besonders bedenklich ist, namentlich bei den Frauen und den Jugendlichen. In der Jetztzeit darf man wieder eine allgemeine Zunahme des Alkolismus erwarten. Zunächst muß damit gerechnet werden, daß die Soldaten, die entsprechend ihrem Alter das Hauptkontingent für den Alkoholismus stellen und die im Felde durchaus nicht abstinent gelebt haben, sich vielmehr oft erst den Schnapsgenuß angewöhnten und unter denen sich viele im Feld rückfällig gewordene Trinker befinden, nunmehr wieder im Lande sind, dazu kommt die Wiedereröffnung der Wirtschaften, die verstärkte Agitation der Alkoholinteressenten, endlich vor allem aber die wirtschaftlichen Verhältnisse und gewisse massenpsychische Stimmungen, einmal die ungeheuer gestiegenen Löhne und die Arbeitslosigkeit auf der anderen Seite, dann die dumpfe Verzweiflung, die unser Volk infolge seiner trostlosen Lage ergriffen hat und die Sucht, diese Stimmung in einem Taumel von Vergnügen und Zerstreuungen zu ersticken und zu vergessen. Alle diese Umstände dürfen wohl imstande sein, dem Alkoholismus Vorschub zu leisten. Die Träger der Sozialversicherung müssen sie daher im Auge behalten und sie dürfen im Kampfe gegen den Alkoholismus nicht nachlassen, müssen ihn vielmehr sowohl in prophylaktischer wie therapeutischer Hinsicht in verstärktem Maße aufnehmen.

Was den ersteren Gesichtspunkt anbelangt, so muß seitens der Krankenkassen für die Aufklärung noch mehr geschehen, u. a. durch Aufhängen von die Verheerungen der Trunksucht nachweisenden Tafeln in den Warteräumen der Kassen. Auch die Krankenkontrolleure müssen in den Dienst der Alkoholbekämpfung gestellt werden. Sie müssen die Kranken und ihre Angehörigen auf die Trinkerfürsorgestellen hinweisen und der Kasse die Trinker zur weiteren Behandlung melden. Das Verbot des Wirtshausbesuches für

erwerbsunfähige Kranke ist wohl in allen Krankenordnungen enthalten, notwendig ist aber auch die Bestimmung, daß das Krankengeld nicht am Samstag ausbezahlt wird, um der Möglichkeit, daß es in alkoholische Getränke umgesetzt wird, zu verringern. Trinkerfürsorgestellen, Vereine zur Bekämpfung des Alkoholismus und Trinkerrettungsvereine sind von Krankenkassen und Versicherungsanstalten nachdrücklich zu unterstützen resp. ins Leben zu rufen, wobei sie durch Beteiligung an der Verwaltung einen nachhaltigen Einfluß auf deren Tätigkeit nehmen müssen. Die Zahl der bestehenden Fürsorgestellen — im ganzen etwa 200 — ist noch viel zu gering. Die Versicherungsträger sollen ferner der Alkoholbekämpfung durch Förderung solcher Maßnahmen und Einrichtungen zu dienen suchen, welche der Volksernährung, Volksgesundung und Volksunterhaltung ohne Verbindung mit Alkohol dienen. Es kommen hier u. a. Volksküchen, Lesehallen, Turnplätze, Volkshäuser in Betracht. Die Berliner Ortskrankenkasse hatte vor dem Kriege in ihren Warteräumen einen Milchausschank eingerichtet.

Was die Sachleistungen anbelangt, so hat eine von Landesrat Schellmann veranstaltete Umfrage ergeben, daß die Zahl der Anwendungsfälle im Vergleich zur großen Zahl der Krankengeldunterstützungen und Renten noch zu gering ist. Hier ist also ein besseres Zusammenarbeiten zwischen Krankenkassen, Fürsorgestellen und Armenverwaltungen nach dem Frankfurter Vorbild durchaus notwendig. Beachtenswert für das Vorgehen der Krankenkassen ist eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, nach welcher es nicht mehr nötig ist, den Erkrankungsfall der Trunksüchtigen abzuwarten und dann erst das Verfahren behufs Gewährung von Sachleistungen einzuleiten, das erst zum Abschluß kommen würde, wenn der Bezug von Krankengeld längst erledigt ist. Es kann vielmehr schon vor Eintritt eines Versicherungsfalles eine Entscheidung des Versicherungsamtes beantragt werden, dahingehend, daß dem trunksüchtigen Krankenkassenmitglied im Falle einer Erkrankung an Stelle des Krankengeldes Sachleistung gewährt werden soll. Die Zahl der in Trinkerheilstätten eingewiesenen Kranken ist noch viel zu gering, diesem Zweige des Heilverfahrens müssen die Versicherungsanstalten größere Beachtung schenken, sie sind auch in der Lage, Geld für die Errichtung von Trinkerheilanstalten darzuleihen, was vereinzelt geschehen ist.

3. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Was vor dem Kriege von den Trägern der Sozialversicherung in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten geschehen ist, bewegte sich in ganz bescheidenem Rahmen. Die Versicherungsanstalten ließen nur wenige versicherte Geschlechtskranke auf ihre Kosten behandeln. Besondere Heilstätten der Versicherungsanstalten für Geschlechtskranke haben sich nicht bewährt. Die von der Versicherungsanstalt Berlin etwa 9 Jahre betriebene Heilstätte wurde in verkleinertem Maßstab nach einem Sanatorium verlegt. Am 1. Januar 1914 ist die erste Beratungsstelle für Geschlechtskranke in Hamburg, begründet von der Hanseatischen Landesversicherungsanstalt, eröffnet worden, nachdem in einer Versammlung der Vorstände der Landesversicherungsanstalten 1913 man sich dafür ausgesprochen hatte, daß die Überwachung der aus der Behandlung entlassenen Geschlechtskranken in der Krankenfürsorge der Landesversicherungsanstalten eine dankbare Aufgabe bilde. Gerade die Syphiliskranken bedürfen nach Abschluß ihrer ersten Behandlung noch einer mehrjährigen Überwachung, damit ein Wiederaufflackern der Krankheit möglichst rechtzeitig erkannt werden und eine angemessene Nachbehandlung eintreten kann; diese Nachbehandlung durchzusetzen, war neben Verhütung der Krankheitsübertragung durch Angehörige u. dgl. als Hauptziel der Fürsorgestelle ins Auge gefaßt.

Die Krankenkassen haben vor dem Kriege im wesentlichen nur eine aufklärende Wirksamkeit ausgeübt in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten hat durch den Krieg einen mächtigen Impuls erfahren. Die Verseuchung des Heeres und der Zivilbevölkerung und eine Ausbreitung der sexuellen Infektionskrankheiten auf Volksschichten, die bisher noch mehr oder weniger verschont geblieben waren, auf die Jugendlichen, die Frauen, namentlich die verheirateten Frauen und die Landbevölkerung haben schon bald nach Kriegsbeginn die Behörden auf Abwehrmaßregeln sinnen lassen. Auf Einladung des Generalgouvernements von Belgien bereisten Anfangs 1915 der Präsident des Reichsversicherungsamtes und einige Vorsitzende von Landesversicherungsanstalten Belgien, um Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu beraten. Es wurde eine engere Fühlung zwischen

der Militärverwaltung und den Trägern der Arbeiterversicherung zur Bekämpfung der zutage tretenden Schäden gewünscht. Am 15. Oktober 1915 fand eine Konferenz im Reichsversicherungsamt statt, an der neben Vertretern der Militärbehörde insbesondere auch die Versicherungsanstalten, die Krankenkassenverbände und Vertreter der Ärzteorganisationen teilnahmen. Man einigte sich behufs breiterem Vorgehen auf bestimmte Leitsätze. Zur Verminderung der Gefahr einer Zunahme der Geschlechtskrankheiten im deutschen Volk hielt man eine Überwachung geschlechtskranker Kriegsteilnehmer auch nach der Entlassung für geboten. Zu diesem Zweck sollten besondere Beratungsstellen von den Versicherungsanstalten eingerichtet werden und die Kosten der Einrichtung und Unterhaltung derselben und die Reisekosten der Versicherten von ihnen getragen werden. Die Ärzte der Beratungsstellen sollen sich der Behandlung enthalten. Sie haben nur die Notwendigkeit einer solchen festzustellen und den Kranken auf ärztliche Hilfe zu verweisen. Stellt der Arzt der Beratungsstelle die Behandlungsbedürftigkeit fest, so ist der gegen Krankheit Versicherte seiner Krankenkasse zu überweisen. Wenn der Kranke nicht gegen Krankheit oder Invalidität versichert ist, übernimmt die Versicherungsanstalt die Behandlung. Diese kann auch die Fürsorge für nicht oder nicht mehr gegen Invalidität Versicherte übernehmen, wenn der Kranke dem Kreise der versicherungspflichtigen Bevölkerung nahe steht und zu besorgen ist, daß ohne Eingreifen der Versicherungsanstalt eine sachgemäße Behandlung unterbleibt. Zweck der Beratungsstellen ist die kostenlose und verschwiegene Beratung von Personen, die an Geschlechtskrankheiten oder deren Nachkrankheiten leiden oder daran zu leiden glauben. Die Beratungsstelle erstreckt sich auf alle in ihrem Bezirk wohnenden oder dauernd beschäftigten Personen, die der nach der Reichsversicherungsordnung versicherten Bevölkerung angehören oder ihr in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht nahe stehen. Gegebenenfalls ist die Beratung auch auf Familienmitglieder auszudehnen. Als Besucher der Beratungsstellen kommen in Betracht: die vom Militär, von Ärzten, von Krankenkassen, Krankenhäusern, der Armenpflege überwiesene Personen und freiwillig sich Meldende. Die Ärzte des Bezirkes sollen die aus ihrer Behandlung Ausscheidenden der Beratungsstelle zur weiteren Überwachung melden. So lange dies allgemein noch nicht er-

reicht werden kann, ist darauf Bedacht zu nehmen, daß den Krankenkassen von den Kassenärzten entsprechende Mitteilungen zugehen, die dann von diesen an die Beratungsstelle weitergeleitet werden. Von der Beratung der Kranken ist abzusehen, wenn der behandelnde Arzt der Beratungsstelle gegenüber erklärt, daß er den Kranken überwachen werde und die Beratungsstelle vom Stand der Sache unterrichtet. Letztere ist über den Erfolg der Behandlung durch die behandelnden Ärzte zu unterrichten. Am besten geschieht dies durch unmittelbare Anzeige des behandelnden Arztes über Beginn, Ende und Erfolg der Behandlung. Kranke, die auf die erste Einladung nicht erscheinen, werden auf die Folgen der § 1272 und § 529 R. V. O. hingewiesen. Bei der Überwachung der an Gonorrhoe erkrankt Gewesenen kommen in erster Linie die Fälle in Betracht, in denen Kranke ungeheilt aus der Behandlung eines Arztes entlassen sind oder sich ohne Grundangabe der weiteren Behandlung entzogen haben. Die Landesversicherungsanstalt Sachsen hat Richtlinien für die Beteiligung der Krankenkassen an den Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verfaßt, in denen besonders der Wert des Zusammenarbeitens mit den Kassen betont wird. Es kommen demnach für die Krankenkassen in Frage: Belehrung geschlechtskrank gemeldeter oder verdächtiger Kassenmitglieder durch Kassenbeamte und Kassenärzte über die Vorteile der Beratungsstelle und der rechtzeitigen ärztlichen Behandlung, ferner regelmäßige Meldung von Kassenmitgliedern nach Beendigung oder bei vorzeitigem Abbruch der Kassenbehandlung wegen einer Geschlechtskrankheit an die Versicherungsanstalt, damit letztere das Mitglied durch ihre Beratungsstellen weiterhin überwachen kann. Der vorherigen Zustimmung der Kassenmitglieder zu dieser Meldung bedarf es nicht. Um der Landesversicherungsanstalt die Meldungen rechtzeitig und in vollem Umfang machen zu können, sollen die Kassenärzte vertraglich verpflichtet werden, daß sie dem Kassenvorstand die Krankheitsursache auch bei Geschlechtskrankheiten mitteilen und zwar gleichviel, ob der Kranke arbeitsfähig ist oder nicht. Zweckmäßig erscheint eine Erweiterung der Krankenordnung dahin, daß die Kassenmitglieder bei Strafe verpflichtet werden, auf Vorladung der Beratungsstelle bei ihr zu erscheinen und, wenn die Aufforderung ein Familienmitglied betrifft, dies zum Erscheinen anzuhalten. Weiter können die Kassenmitglieder zur

Vermeidung ihrer Bestrafung angewiesen werden, bei Wahrnehmung einer Geschlechtskrankheit die Hilfe des Kassenarztes oder der Beratungsstelle nachzusuchen, auch ihre zur Familienhilfe berechtigten Mitglieder dazu anzuhalten. Da es bei Geschlechtskrankheiten ganz besonders auf schnelle ärztliche Beratung und Behandlung ankommt, wird die Krankenhilfe auch Versicherungsberechtigten, die der Kasse freiwillig beitreten, alsbald und nicht erst nach Ablauf der Wartezeit gewährt.

Daraufhin hat die Leipziger Ortskrankenkasse angeordnet, daß auch die freiwilligen Mitglieder und ihre Angehörigen von Beginn der Mitgliedschaft an ohne sechswöchentliche Karrenzzeit Anspruch auf Krankenhilfe haben, wenn es sich um eine Geschlechtskrankheit handelt. Ihre Mitglieder sind verpflichtet worden, die Hilfe des Kassenarztes oder die beim Oberversicherungsamt Leipzig errichtete Beratungsstelle aufzusuchen und hierzu auch ihre auf Familienhilfe anspruchsberechtigten Familienmitglieder anzuhalten. Die Mitglieder sind ferner verpflichtet auf Vorladung der Beratungsstelle bei dieser zu erscheinen. Die Dresdener Ortskrankenkasse hat, um die Geheimhaltung zu fördern, gestattet, daß sich ihre Mitglieder fortan unmittelbar beim Arzt ohne Krankenschein melden dürfen. Das Reichsversicherungsamt machte es sich zur Aufgabe, weitere Kreise, vor allem die Frauen und die Geistlichen für die Fürsorgestellen zu interessieren. In einem Runderlasse vom 23. März 1916 wurde den Versicherungsanstalten nahe gelegt, an die Beratungsstelle Beiräte anzugliedern, bestehend aus Vertretern der Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Geistlichkeit, der Arbeiter- und Angestelltenverbände und der Frauenverbände. Im Dezember 1916 wurde ein Beirat für die Beratungsstelle in Nürnberg begründet.

Die bisher auf dem Gebiet der Beratungsstellen gewonnenen Erfahrungen wurden in einer Konferenz im Reichsversicherungsamt am 27. Oktober 1917 unter Beteiligung der Landesversicherungsanstalten eingehend beraten. Die Versammlung trat dabei einstimmig dafür ein, die während des Krieges als wirksam erprobten Maßnahmen der stellvertretenden Generalkommandos gegen jegliche Kurpfuscherei auf diesem Gebiet in den Frieden herüberzunehmen. Sie faßte eine Entschließung, daß der Kampf gegen diese Krankheiten aussichtsvoll nur geführt werden kann, wenn der Kurpfuscherei auf diesem Gebiete gesetzlich entgegengetreten wird.

Aus diesen Darlegungen erhellt, daß die Hauptätigkeit der Träger der Sozialversicherung bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sich auf die Errichtung von Beratungsstellen konzentriert hat. Zur Beurteilung ihrer Leistungsfähigkeit gibt die Statistik wertvolles Material an die Hand. Darnach bestanden in Deutschland im Herbst 1918 93 Beratungsstellen[10]). Nach den Mitteilungen Kauffmanns auf dem 22. Ortskrankenkassentag wurden in 90 Beratungsstellen 1916 4500 Geschlechtskranke gemeldet. Beinahe die Hälfte der Gemeldeten fielen auf die Landesversicherungsanstalt der Hansastädte, etwa 20 % auf die Rheinprovinz, 15 % auf Hannover, etwa 10 % auf Brandenburg. Die Meldung wurde erstattet von Ärzten in 460 Fällen, von Krankenhäusern in 1541, von Krankenkassen in 1421 Fällen, von der Militärverwaltung in 209, von anderer Seite in 236 und von den Kranken selbst in 969 Fällen. Von den Gemeldeten wurden bis Ende 1916 in Fürsorge genommen: 1474 Männer und 1137 Frauen. Unaufgefordert oder auf erstmalige Aufforderung erschienen zur Beratung wieder 1468 Männer und 1395 Frauen, erst nach wiederholter Aufforderung erschienen 211 Männer und 233 Frauen. Nicht erschienen waren 1642 Personen. Darunter befanden sich 588 Personen, bei denen eine Nachuntersuchung durch den behandelnden Arzt stattfand, 368 waren unauffindbar und 686 blieben der Beratungsstelle trotz zweimaliger Aufforderung und unentschuldigt fern.

Diese Statistik gibt nach verschiedenen Richtungen interessante Aufschlüsse. Zunächst ist bemerkenswert, daß die durchschnittliche Inanspruchnahme der Beratungsstellen bloß 50 betrug, also eine außerordentlich geringe war, des weiteren die höchst ungleichmäßige Beanspruchung, entfielen doch etwa 80 % sämtlicher Beratenen auf 4 Versicherungsanstalten, 20 % auf die große Zahl der anderen Versicherungsanstalten, die also durchschnittlich nur in ganz minimalem Umfang in Anspruch genommen wurden. Des weiteren fällt auf, daß nur eine im Vergleich zu der großen Zahl der geschlechtskranken Soldaten ganz geringfügige Zahl seitens der Militärverwaltung überwiesen wurde. Wenn man sich erinnert, daß die sexuellen Infektionskrankheiten beim Militär ja gerade den Anstoß zur Gründung der Beratungsstellen gegeben

[10]) Der Stand der von den Landesversicherungsanstalten eingerichteten Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Reichsarbeitsblatt 1918, S. 807.

haben, so ist dieses Ergebnis beinahe als ein Fiasko zu bezeichnen. Der Grund liegt darin, daß die Militärbehörden bei den geschlechtskranken Soldaten erst ihre Zustimmung zur Meldung an die Landesversicherungsanstalten einholten, die dann fast immer versagt wurde. Daß die Ärzte sich in so geringer Zahl an den Meldungen beteiligten, ist darauf zurückzuführen, daß von diesen vielfach ein Verstoß gegen § 300 St. G. B. befürchtet wurde, daß man ein Untergraben des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient befürchtete, und daß die Geschlechtskranken alsdann den Kurpfuschern in die Arme getrieben würden. Auffallend ist endlich die hohe Zahl der trotz wiederholter Aufforderung aus der Beratung Fortgebliebenen. Stellt man sich zunächst auf den Standpunkt, daß die Beratungsstellen, was gar nicht zu bestreiten ist, eine recht nützliche oder gar unentbehrliche Einrichtung darstellen, schon mit Rücksicht darauf, daß ein Drittel der von den behandelten Geschlechtskranken die Behandlung vorzeitig abbrachen[11]), so ergibt sich aus den dürftigen Ergebnissen, daß die ganze Einrichtung doch noch höchst reformbedürftig ist, soll sie das erreichen, was man von ihr erwartet. Daß die Möglichkeit der Verbesserung vorhanden, ergaben die Erfahrungen der Hamburger Fürsorgestelle, der ältesten und erfolgreichsten Einrichtung. Der Besuch ist dort derart gewachsen, daß nicht nur ein größeres Lokal, sondern die Anstellung eines zweiten Arztes sich als notwendig erwies[12]). Vielfach ist die geringe Inanspruchnahme der Fürsorgestellen darin begründet, daß sie noch zu wenig bekannt sind. Hier muß nach dem Berliner Vorbild mehr Propaganda für dieselbe gemacht werden. Die Zurückhaltung der Ärzte unter Hinweis auf § 300 ist unbegründet. Das Reichsgericht hat bekanntlich bereits entschieden, daß eine Offenbarung des Berufsgeheimnisses nicht vorhanden ist, wenn Intereesen des öffentlichen Wohles in Frage kommen. Außerdem hat ein Erlaß des Regierungspräsidenten in Düsseldorf die Ärzte darauf hingewiesen, daß der eigentliche Auftraggeber des Arztes die Krankenkasse ist, von welcher oder in deren Auftrag der dem Arzt übergebene Krankenschein ausgestellt wird, auf Grund dessen erst die

---

[11]) Cohn, Fürsorge für Geschlechtskranke. Bericht über den 22. Deutschen Ortskrankenkassentag. 1917, S. 66.

[12]) Hahn, Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Ärztl. Vereinsblatt 1917, Nr. 1175.

ärztliche Tätigkeit beginnt. Mit dieser vertraglichen oder gesetzlichen Stellung der Ärzte zu den Krankenkassen séi es unvereinbar, wenn die Ärzte sich weigern, die bestimmte Erkrankungsart eines Kassenmitgliedes mitzuteilen, oder wenn sie diese Mitteilungen erst an Bedingungen knüpfen. Das, was die Kassen mit der Diagnose machen, gehe die Ärzte nichts an. Daß die Befürchtungen der Ärzte nach dieser Richtung übertrieben sind, lehren auch wieder die Hamburger Erfahrungen. Dort ist nach dreijähriger Tätigkeit nicht eine Beschwerde darüber eingelaufen, daß von den Ärzten resp. Krankenkassen der § 300 durch Meldung an die Fürsorgestelle verletzt wurde. Auf keinen Fall darf aber ein Zwang auf die Ärzte ausgeübt werden, da immer noch Fälle übrig bleiben, in welchen mit Rücksicht auf die Kranken von einer Meldung abgesehen werden muß, auf der anderen Seite kann es aber auch Fälle geben, wo der Arzt den Kranken ohne seine Zustimmung der Beratungsstelle melden wird. Das Gewissen der Ärzte kann auch dadurch beruhigt werden, daß sie prinzipiell die Meldungen nicht an die Fürsorgestellen erstatten, sondern lediglich an die Krankenkassen, endlich daß nur solche Kranke gemeldet werden, die den Anordnungen der Ärzte hinsichtlich Wiedererscheinens und wiederholter Behandlung keine Folge leisten. Auf der Münchener Tagung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurde auch darüber geklagt, daß die Fürsorgestellen sehr ungleichmäßig über das Land verteilt sind, so daß es für weite Strecken eine einzige Beratungsstelle gibt, dagegen in anderen kleinen Bezirken solche in verhältnismäßig großer Zahl. Notwendig für das Gedeihen der Einrichtung ist das sachgemäße Zusammenarbeiten von Ärzten, Krankenkassen, Fürsorgestellen und Versicherungsanstalten. Es darf nicht vorkommen, daß letztere Beratungsstellen einrichten, ohne mit den Ärzten und Krankenkassen in Fühlung zu treten, was zur Folge hat, daß erstere gar nicht in Anspruch genommen werden. Trotz des Handinhandarbeitens der in Betracht kommenden Stellen muß jede überflüssige Bureaukratisierung streng vermieden werden, und es darf unter keinen Umständen vorkommen, daß durch eine solche die Behandlung und Heilung der Erkrankten verzögert wird.

Welche Erfolge der Beratungsstelle in der Zukunft beschieden sein werden, ist heute noch nicht abzusehen. So viel steht aber schon fest, daß sie kein Allheilmittel im Kampfe gegen die infek-

tiösen Sexualkrankheiten darstellen. Sie sind ein kleines Mittel, das man nicht überschätzen und auch nicht unterschätzen soll, wie Cohn auf dem Dresdener Krankenkassentage zutreffend ausführte. Der Kernpunkt und Hauptzweck der Beratungsstellen, den Luetiker streng unter Beobachtung zu halten und ihn an bestimmten Terminen zur Nachuntersuchung resp. Nachbehandlung wieder zu bestellen, kann mit viel sicheren Mitteln erreicht werden. „Die Beratungsstelle für Geschlechtskranke ist das Sprechzimmer des Arztes", das ist die Losung, die anscheinend immer mehr in ärztlichen Kreisen zum Durchbruch gelangt. Die Fürsorge würde dadurch verallgemeinert, vereinfacht und jeden bureaukratischen Beiwerkes entkleidet werden. Es wäre nur nötig zwischen Ärzten und Kassen ein Abkommen zu treffen, daß die von den Ärzten behandelten Geschlechtskranken, über welche von ihnen sorgfältige Listen geführt werden, den Krankenkassen gemeldet, und von beiden sorgfältig darauf geachtet wird, daß sich die Behandelten regelmäßig wieder vorstellen, bis sie als geheilt aus der Beobachtung und Behandlung entlassen werden. Die Kosten der Überwachung wären von den Landesversicherungsanstalten zu übernehmen. Eine derartige Organisation ist in Mannheim geschaffen worden und hat sich gut bewährt. Der Arzt führt einen Terminkalender, bestellt den Kranken zu dem erforderlichen Termin wieder in seine Sprechstunde auf einem vorgeschriebenen Formular. Die Krankenlisten und Personalkarte werden nach Abschluß der ersten Behandlung der Geschäftsstelle des Mannheimer Ärztevereins übergeben, die als Bureau dient. Nach diesem Vorbild haben kürzlich auch in Frankfurt die Ärzte die Beratung organisiert, als Bureau dient hier die Allgemeine Ortskrankenkasse.

Bei beiden Organisationen hat sich bisher als empfindliche Lücke herausgestellt, daß ein Zwang zur Behandlung resp. Wiederbehandlung auf die Erkrankten nicht ausgeübt werden kann, resp. nur indirekt mit dem wenig wirksamen Mittel der Krankenordnung angewendet werden konnte. Als ein Fortschritt und als ein wesentliches Unterstützungsmittel der Beratungsstellen ist es daher anzusehen, daß nach § 2 der Verordnung der Reichsregierung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Personen, die geschlechtskrank sind und bei denen die Gefahr besteht, daß sie ihre Krankheit weiter verbreiten, zwangsweise einem Heilverfahren unter-

worfen und insbesondere in ein Krankenhaus verbracht werden können, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich ist. Von dieser Waffe wird für die Folge bei renitenten Luetikern und Gonorrhoikern unnachsichtiger Gebrauch gemacht werden müssen.

Die Sorge für die Behandlung der Geschlechtskranken wird nach wie vor den Krankenkassen zufallen. Die Parole muß frühzeitige, gründliche und nach Bedürfnis wiederholte Behandlung sein. Die Kassen müssen die Inanspruchnahme der Ärzte möglichst erleichtern und es sollte überall gestattet sein, den Facharzt direkt ohne den Umweg über den praktischen Arzt aufzusuchen. Geschlechtskrankheiten müssen den Kassen gemeldet werden, auch wenn sie nicht mit Erwerbsunfähigkeit verbunden sind. Die Karenzzeit für erkrankte freiwillige und Familienmitglieder muß fallen. Die Krankenordnung soll besondere Bestimmungen über das Verhalten der venerisch Erkrankten enthalten. In prophylaktischer Hinsicht müssen es die Krankenkassen als ihre dringende Aufgabe betrachten, auf die Mitglieder aufklärend zu wirken. Diese Belehrung muß sich auf das Wesen und die Verhütung der Geschlechtskrankheiten, die Gefahren des außerehelichen Geschlechtsverkehrs, auf die persönlichen Schutzmittel erstrecken und muß den Hinweis enthalten, daß bei jeder Erkrankung sofort sachgemäße ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen und diese so lange fortzusetzen ist, bis der Arzt die Behandlung für beendet erklärt hat. Die Aufklärung kann durch Vorträge und Merkblätter geschehen. Sehr empfehlenswert ist die Aushändigung kleiner Hefte, wie sie z. B. die Schöneberger Ortskrankenkasse ihren Mitgliedern gibt, die Übersichten über die Kranken- und Invalidenversicherung, dann allgemeine gesundheitliche Belehrungen, Aufsätze über Unfallverhütung, über Schutz gegen Tuberkulose und Schutz vor den Geschlechtskrankheiten in kurzer, übersichtlicher Form enthalten. Wichtig ist für die Krankenkassen, daß sie die Mitgliedschaft bei der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erwerben, die ein reiches Aufklärungsmaterial besitzt, und dieses den Krankenkassen zur Verfügung stellt. Eine Warnung vor Selbstbehandlung oder Behandlung durch den Kurpfuscher darf nicht fehlen. Zu der Bekämpfung der Volkskrankheiten können die Träger der Sozialversicherung nur zu einem Teile

mitwirken; soll ihr ein voller Erfolg beschieden sein, so muß Unterstützung durch die Gesetzgebung und Verwaltung erfolgen, zumal sich die Sorge der Kassen und Versicherungsanstalten ja nur auf die versicherungspflichtige Bevölkerung erstreckt. Dies gilt besonders auch für die Geschlechtskrankheiten. Nachdem die Reichsregierung einige begrüßenswerte Verordnungen erlassen hat, gilt es auf diesem Wege fortzufahren. Hier ist vor allem die Sanierung der Prostitution, der Erlaß eines Kurpfuscherverbots bei der Behandlung der Geschlechtskrankheiten, die Änderung des § 300 St. G. B. und die bessere Ausbildung der Ärzte auf dem Gebiete der Syphilodologie durch Abhalten von Fortbildungskursen vonnöten.

4. Die Bekämpfung der Krebskrankheit.

Der Krebs unterscheidet sich von Tuberkulose und Lues dadurch, daß es sich bei ihm nicht um eine ansteckende Krankheit handelt. Dadurch, daß man den Erreger desselben noch nicht kennt, tappt man bei seiner Bekämpfung noch vielfach im Dunkeln. An verheerender Wirkung auf die Volksgesundheit steht diese langwierige Krankheit der Schwindsucht und den Geschlechtskrankheiten nicht nach, sie ist nicht minder als eine Volkskrankheit zu bezeichnen. Mit gutem Grunde haben daher die Träger der Sozialversicherung den Kampf gegen sie aufgenommen, zumal sie durch diese Krankheit finanziell erheblich belastet werden und die Krebssterblichkeit in Zunahme begriffen ist. Starben doch in Preußen von 10 000 Lebenden an Krebs 1903 5,98 Menschen, 1913 7,41. Der Krebs steht demnach an Bedeutung für die Menschheit nur wenig der Tuberkulose nach. So war bereits im Jahr 1912 festgestellt, daß in einigen Städten Deutschlands die Krebssterblichkeit ebenso groß ist, wie die Tuberkulosemorsalität, d. h. jeder zehnte Mensch stirbt bei uns an Krebs.[13])

Während des Weltkrieges trat anfänglich eine auffallende Abnahme der Krebssterblichkeit in Preußen zu Tage, die jedoch im Jahr 1916 wieder einer merklichen Zunahme Platz machte.[14]) Diese Zunahme ist jedoch nicht allenthalben beobachtet worden. Bei der

---

[13]) Blumenthal, Der Kampf gegen die Krebskrankheit. Jahrbuch der Krankenversicherung, 1917, S. 57.

[14]) Kirchner, Ärztliche Kriegs- und Friedensgedanken. Jena 1918, S. 127.

Berliner Ortskrankenkasse z. B. ist nach anfänglicher unbedeutender Zunahme eine ständige Abnahme der Krebssterblichkeit festgestellt worden. Unter 100 gestorbenen Mitgliedern waren dort Todesfälle an Neubildungen und Geschwülsten bei den Männern 1914 4,8, 1915 5,1, 1916 4,34, 1917 2,89, bei den Frauen waren die entsprechenden Zahlen 9,1, 9,2, 7,2 und 4,80. Bekanntlich haben sich erfreulicherweise die Heilresultate bei der Behandlung des Krebses erheblich gebessert, je früher die Erkrankten der Behandlung zugeführt werden, und seitdem die Behandlung mit radioaktiven Stoffen und mit Röntgenstrahlen in die Therapie eingeführt wurde. Nachdem seit Herbst 1913 günstige Erfolge bei Behandlung von Krebskranken mit Radium bekannt wurden, hat eine Anzahl von Versicherungsanstalten für den Ankauf desselben Mittel zur Verfügung gestellt. Als Gegenleistung wurde ihnen durchweg die kostenlose oder doch eine bevorzugte Behandlung ihrer Versicherten mit den angeschafften Stoffen zugestanden. Im Jahre 1914 wurden von 16 Versicherungsanstalten 65 krebskranke Versicherte in Heilbehandlung genommen, in 29 Fällen fand Behandlung mit Röntgenstrahlen oder radioaktiven Stoffen statt, 1915 betrug die Zahl der Behandelten gleichfalls 65, sie stieg 1916 auf 73. Die Heilfürsorge bei Krebskranken seitens der Versicherungsanstalten ist also noch sehr ausdehnungsfähig.

Aufgabe der Krankenkassen ist es, Aufklärung in den Kreisen der Versicherten über das Wesen des Krebses und die Notwendigkeit der Frühbehandlung zu verbreiten, und das deutsche Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit durch Erwerb der Mitgliedschaft zu unterstützen. Auch an der Gründung von Fürsorgestellen für Krebskranke sollen Krankenkassen und die Versicherungsanstalten sich beteiligen.

5. Die Bekämpfung der Zahnkrankheiten.

Während den bisher geschilderten Krankheiten das gemeinsame Merkmal der starken Verbreitung und der Bösartigkeit zukommt, sind Zahnkrankheiten zwar fast immer gutartiger Natur, aber die ungemein weite Verbreitung und ihre Einwirkung auf die Volksgesundheit heben sie aus dem Rahmen der anderen Krankheiten heraus und stempeln sie in gewissem Sinne zu Volkskrankheiten; es sahen sich daher die Krankenkassen und Versicherungsanstalten

bewogen, ihnen eine besondere Fürsorge zuzuwenden. Die starke Verbreitung der Zahnkaries ist zuerst durch zahlreiche Reihenuntersuchungen in der Schule erkannt worden, was zur Einführung einer organisierten Schulzahnpflege führte. Auch der Krieg hat den ungemein traurigen Zustand des Gebisses bei der wehrfähigen Bevölkerung erkennen lassen, und die Heeresverwaltung hat sich dadurch veranlaßt gesehen, die Zahl der Zahnarztstellen im Heer dauernd zu vermehren.

Die Zahnkaries wirkt nach zwei Richtungen auf die Gesundheit nachteilig, einmal stellen die kariösen Zahnhöhlen Bakterienherde dar. Die Bakterien, vor allem Strepto- und Staphylokokken dringen von da aus auf dem Wege der Lymph- und Blutbahn in den Organismus ein und erzeugen entweder örtliche Erkrankungen wie Halsentzündungen und Mittelohrkatarrhe oder septische Allgemeinkrankheiten. So haben neuere Untersuchungen den Zusammenhang zwischen bakteriellen Zahnkrankheiten und Endokarditis, Nierenentzündungen und rheumatischen Erkrankungen einwandfrei festgestellt. Eine weitere Folge des schlechten Gebisses ist, daß kariöse oder fehlende Zähne die Verdauung erschweren und Magenkrankheiten erzeugen. Zahlreiche Kotuntersuchungen bei Menschen, die infolge schlechter Zähne wenig oder gar nicht kauen, haben ergeben, daß ein großer Teil der aufgenommenen Nahrung unverdaut den Darm wieder verläßt.

Nach § 122 und 123 der Reichsversicherungsordnung sind die Krankenkassen verpflichtet, bei Zahnkrankheiten ärztliche Hilfe zu gewähren. Eine verhältnismäßig bescheidene Zahl von Krankenkassen besitzen eigene Zahnkliniken, die jedoch im Kriege, da es an Zahnärzten fehlte, zum Teil ihre Tätigkeit eingestellt haben. Diese Zahnkliniken geben die Möglichkeit, worauf es vor allem ankommt, sich nicht auf die Behandlung eines erkrankten schmerzenden Zahnes zu beschränken, sondern systematisch die Gebisse der in Behandlung getretenen Mitglieder zu sanieren. In erheblichem Umfange beteiligen sich die Versicherungsanstalten am Zahnheilverfahren, indem sie künstliche Gebisse gewähren. Die Landesversicherungsanstalt Berlin besitzt eine eigene Zahnklinik. Diese Leistung wird zu den vorbeugenden Heilverfahren gerechnet, indem dabei prinzipiell die Voraussetzung bestehen muß, daß durch Übernahme des Heilverfahrens späterer Invalidität vorgebeugt wird.

Kosmetische Indikationen sind ausgeschlossen, allerdings wird trotzdem den Erkrankten auch nach dieser Rücksicht insofern genützt, als ihnen wirtschaftliche und gesellschaftliche Nachteile erspart werden, die ein fehlendes oder schlechtes Gebiß vielfach im Gefolge hat.

Die Zahl der Versicherten, denen von den Landesversicherungsanstalten künstliche Gebisse geliefert wurden, betrug 1914 49 570, sie sank im folgenden Jahre auf 31 821, um 1916 wieder auf 42 352 zu steigen. Zu den Kosten werden die Krankenkassen herangezogen und auch die Versicherten, um letztere zu einer pfleglichen Benutzung des Gebisses anzuhalten. Auch die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beteiligt sich in z. Zt. noch bescheidenem Umfang am Heilverfahren bei Zahnkrankheiten. Die Zahl der durch sie gelieferten künstlichen Gebisse betrug 1914 2801, 1915 867, 1916 2303. Es ist notwendig, daß die Krankenkassen und Versicherungsanstalten auf dem beschrittenen Weg fortfahren, die Krankenkassen namentlich auf dem Weg der Errichtung eigener Zahnkliniken, ferner durch Aufklärung ihrer Mitglieder über rationelle Zahnpflege und rechtzeitige Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlung. Da sie weniger Kosten aufzubringen haben, wenn schon in der Jugend eine richtige Zahnpflege einsetzt, sollen sie der Schulzahnpflege besondere Beachtung schenken und namentlich die Komitees für Zahnpflege in den Schulen unterstützen. Dringend erforderlich ist auch, daß die zahnärztliche Fürsorge, soweit möglich durch sachverständige Zahnärzte gewährt und dieselbe auch auf die Familienmitglieder der Versicherten ausgedehnt wird.

6. Gewerbehygiene und Unfallverhütung.

Schon das ältere Krankenversicherungsgesetz wies eine Bestimmung auf, wonach bei erhöhter Krankheitsgefahr eines einzelnen Betriebes der Inhaber angehalten werden konnte, eine eigene Betriebskrankenkasse zu bilden. Eine ähnliche Schutzmaßnahme bietet der § 384 R. V. O., wonach die Satzung die Höhe der Beiträge nach den einzelnen Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten abstufen kann und eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitsgebers für einzelne Betriebe zuläßt, soweit die Erkrankungsgefahr erheblich größer ist. Diese erhöhte finanzielle Mehrbelastung ist dem Arbeitgeber in besonders die Gesundheit gefährdeten Be-

trieben zugedacht, damit er die höhere Erkrankungsgefahr seines Betriebes durch möglichst zweckmäßige Schutzmaßnahmen verhüte. Es ist aber nicht bekannt geworden, daß die Krankenkassen von diesem ihnen zustehenden Recht irgend welchen umfangreichen Gebrauch gemacht, und dadurch die Gewerbehygiene und Unfallverhütung Nutzen gezogen hätte, während doch die Bestimmung den Krankenkassen die Möglichkeit gibt, sich mit den Berufs- und Gewerbekrankheiten näher zu befassen und darauf hinzuwirken, daß in gesundheitsgefährlichen Betrieben die Einrichtungen und Arbeitsweise den Anforderungen der Gesundheitspflege nach Möglichkeit angepaßt werden. Auch die berufliche Gliederung der Krankenkasse hätte die Möglichkeit gegeben, über die Verbreitung gewerblicher Erkrankungen Beobachtungen und Feststellungen über gewerbliche Erkrankungen zu machen und zur Verhütung derselben beizutragen. Aber auch dieser Moment ist nur ganz vereinzelt von Krankenkassen ausgenutzt worden. Eine rühmliche Ausnahme macht u. a. die Ortskrankenkasse der Maler zu Berlin, die seit 1900 eine sorgfältige Statistik über die Erkrankungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der Malergehilfen Berlins mit besonderer Berücksichtigung der Bleivergiftung führt. Dankenswert ist es, wenn auch die Kassen von sich aus das reiche ihnen zur Verfügung stehende Material zur Forschung auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten ausnützen. Hier sind die Untersuchungen Dr. Schönfelds, des Vertrauensarztes der Leipziger Ortskrankenkasse über die Blutbeschaffenheit bei Bleierkrankungen bemerkenswert 1914.[15]) Darnach waren von 986 Untersuchten 356 positiv bleikrank, negativ 630. Die Folge dieser Untersuchung war u. a., daß das Bestreben, Bleivergiftung zu simulieren, zurückging und die Zeit der Erwerbsunfähigkeit stark herabgemindert wurde. Dr. Schönfeld kommt daher zum Schluß, daß zum Nachweis der Bleikrankheit neben den klinischen Symptomen vor allem die Blutuntersuchung ausschlaggebend sei, und daß für das Bleigewerbe besonders vorgebildete mit der Blutuntersuchung vertraute, unabhängige Ärzte angestellt werden sollen.

Einen wichtigen Fortschritt für die Gewerbehygiene brachte der § 343 der R. V. O. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, den

---

[15]) Schönfeld, Wert und Bedeutung der Blutuntersuchung der Bleivergiftung für die deutsche Bleiindustrie. Zeitschr. für angewandte Chemie 1914, S. 318, cit. nach „Jahrbuch der Krankenversicherung" 1915, S. 76.

Gewerbeaufsichtsbeamten auf Verlangen Auskunft über Zahl und Art der Erkrankungen zu erteilen. Wenn die Krankenkassen bisher in der Hauptsache nur um Mitteilung der gewerblichen Erkrankungen von Phosphor, Quecksilber, Arsen und Blei ersucht wurden, so dürfte es doch erforderlich sein, daß die Krankenkassen den Gewerbeaufsichtsbeamten alle Erkrankungen, bei denen ein Zusammenhang mit der gewerblichen Tätigkeit vermutet wird, auch ohne Aufforderung durch die Gewerbeinspektion mitzuteilen. In Bayern wurde die Meldepflicht ausgedehnt auf Schädigungen durch Nitrosegase, Benzol und seine Homologe, Benzin, Schwefelkohlenstoff, auf Nitro- und Amidoverbindungen des Benzols und seine Homologe, endlich auf Schädigungen durch Druckluft (Caissonkrankheit). Die Erfolge waren bisher ziemlich erfreulich. Während z. B. früher den Gewerberäten in Preußen jährlich etwa 600 bis 700 Fälle von gewerblicher Bleivergiftung bekannt wurden, verzeichnet der Jahresbericht für das Jahr 1912 bereits mehr als 1100 Fälle, und dies, obgleich die Angaben noch sehr unvollständig waren. Über die Häufigkeit der Verbreitung der Gewerbekrankheiten gibt auch eine Umfrage des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen bei den ihm angeschlossenen Krankenkassen Aufschluß. Danach wurden gemeldet 1915 von 529 Kassen 19 540 Fälle von Gewerbekrankheiten oder 0,65 auf 100 Mitglieder, 1916 bei 119 Kassen 15 424 Fälle oder 1,4 auf 100 Mitglieder, 1917 8693 Fälle oder 0,8 auf 100. Schlüsse auf die Zu- und Abnahme der Gewerbekrankheiten daraus zu schließen, dürfte jedoch nicht angezeigt sein, da nicht ersichtlich ist, ob die ausweisenden Kassen stets dieselben gewesen sind. Bei der Berliner Ortskrankenkasse sind die Krankenkontrolleure angewiesen auf die Fälle gewerblicher Vergiftung zu achten. Diese werden alsdann dem Polizeipräsidium mitgeteilt. Ihre Zahl ist jedoch eine unbedeutende gewesen. Der Krieg hat zweifellos, auch wenn sich dies nicht zahlenmäßig nachweisen läßt, die gewerblichen Gesundheitsschädigungen ungemein vermehrt. Dabei handelt es sich weniger um das Vorkommen bestimmter gewerblicher Noxen, als um die Einwirkung langer und schwerer Arbeit auf den Organismus der Jugendlichen und der Frauen, die zum Ersatz der Männerarbeit in ungeheurem Umfang herangezogen wurden, zumal die Arbeiterschutzvorschriften der Gewerbeordnung vielfach außer Kraft gesetzt wurden, u. a. hinsichtlich des Ausschlusses der Jugendlichen

und Frauen von großen besonders schweren und besonders gesundheitsschädlichen Betrieben, der Nachtarbeit, die Überarbeit usw.[16]) Auch die Arbeit der Kinder hat in größerem Umfang zugenommen.

Daneben hat die Arbeit in den Munitionsfabriken und in der Kriegsindustrie überhaupt zahlreiche bestimmte berufliche Krankheiten und Vergiftungen häufiger beobachten lassen, vielfach handelte es sich dabei um Erkrankungen der Haut, die auch sonst vielfach während des Krieges beobachtet wurden und u. a. auf die Verunreinigung der benutzten Rohmaterialien und auf den Mangel an Seife zurückgeführt werden müssen. Von Vergiftungen sind solche bei den in der Sprengstoffindustrie verwendeten Tetranitromethan und Nitrotoluol beobachtet worden, ferner von Pikrinsäure, das bei der Herstellung der Zündungskörper der Artilleriegeschosse verwendet wurde, von Phosgengas, das ein wichtiges Kampfgas bildet

Einer Reihe von Erkrankungen: Varices, Ulcera cruris und Plattfußbeschwerden ist neuerdings von den Krankenkassen ihres häufigen Vorkommens und der dadurch bedingten starken Belastung wegen besondere Aufmerksamkeit geschenkt worden. Sie sind zweifellos in den meisten Fällen als Berufskrankheiten anzusprechen. Zur rationellen Behandlung dieser Erkrankungen sind von einer Anzahl Krankenkassen besondere Ambulatorien eingerichtet worden, auch die Hanseatische Landesversicherungsanstalt hat ein solches in Hamburg errichtet.

Die Gewerbehygiene und die Gewerbekrankheiten wird seitens der Krankenkassen lange nicht in der Weise gewürdigt, wie dies ihrer Bedeutung entspricht. Wollen sie auf diesem Gebiete wirklich Wertvolles leisten, dann müssen sie, wie Verfasser dieses bereits 1912 auf seinem auf der Kölner Ortskrankenkassentagung gehaltenen Vortrag gefordert hat, ein besonderes Büro für Gewerbehygiene errichten, das auch die gesamte soziale Hygiene und die medizinische Statistik zu bearbeiten hat, dem u. a. auch die Meldungen gewerblicher Erkrankungen an die Gewerbeinspektion obliegt. Notwendig ist hier allerdings eine Verbesserung der medizinischen Statistik mit Rücksicht auf die Ätiologie der Gewerbekrankheiten. Das aber setzt wieder eine bessere Ausbildung der Ärzte in der Kenntnis der gewerblichen Erkrankungen voraus.

---

[16]) Hanauer, Frauenwerbsarbeit, Frauenhygiene und Krieg. Arch. für Frauenkunde, Band 4, Heft 3/4, 1919.

Viel weitergehende Vorschläge sind von E. Gräf gemacht worden. Er verlangt für die Krankenkassen das Recht, mit der Gewerbeinspektion zusammen die Betriebe zu überwachen.

Nach § 547 R. V. O. ist dem Bundesrat das Recht verliehen, die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten auszudehnen, eine Forderung, die auch ärztlicherseits lebhaft befürwortet wurde, u. a. auch vom Verfasser auf seinem auf dem Zweiten Internationalen Kongreß zur Bekämpfung der Gewerbekrankheiten erstatteten Referate[17]). Der Krieg hat hier auch insofern einen Fortschritt gebracht, als durch Bundesratsverordnung vom 12. Oktober 1917 Gesundheitsschädigungen durch aromatische Nitroverbindungen den Betriebsunfällen gleichgestellt sind. § 1 dieser Verordnung bestimmt, daß, wenn eine versicherte Person bei Herstellung von Kriegsbedarf sich eine Gesundheitsbeschädigung durch nitrierte Kohlenwasserstoffe der aromatischen Reihe (z. B. Dinitrobenzol, Trinitrotoluol, Trinitroanisol) zuzieht und an der Folge ihrer Einwirkung stirbt, Sterbegeld und Hinterbliebenenversorgung dann zu gewähren sind, wenn der Tod nicht als Folge eines Unfalles, sondern als Folge einer allmählichen Einwirkung genannter Stoffe anzusehen ist. Damit haben zum ersten Male in Deutschland die Folgen einer Berufskrankheit eine wenigstens teilweise Gleichstellung mit denen eines Betriebsunfalles erfahren. Wenn es sich dabei zunächst auch nur um eine für die Kriegszeit geltende Bestimmung handelte, so steht doch jederzeit auf Grund des § 547 R. V. O. dem Bundesrat der Weg offen, sie auch auf die Friedenszeit zu übertragen. Curschmann glaubt, daß bei den Bestrebungen, denen der § 547 seine Entstehung verdankt und die im Laufe der Jahre immer verstärkter aufgetreten sind, die Kriegsverfügung den Anfang der Einbeziehung der oder wenigstens einiger Berufskrankheiten in die Unfallversicherung, dem Beispiel Englands, der Schweiz und Österreichs folgend, darstellt[18]).

Bei ihrem Vorgehen gegen die Gewerbekrankheiten mögen die Krankenkassen den Hinweis Th. Weyls[19]) beherzigen, daß es kein

---

[17]) Hanauer, Ist die Trennung der Gewerbekrankheiten von den gewerblichen Unfällen möglich, und welches sind die Unterscheidungsmerkmale? Ärztl. Sachverständigenzeitung, 1913, Nr. 20 u. 21.

[18]) Curschmann, Zur Frage der Meldepflicht von Berufskrankheiten. Zeitschr. f. Gewerbehygiene 1918, S. 10.

dankbareres und ergiebigeres Feld gibt als die Bekämpfung der Gewerbekrankheiten. Er betont, daß die den Arbeiter in seinem Berufe treffenden Schädigungen nicht immanent seien, keine Schickung der Vorsehung, der wir machtlos gegenüber stehen; diese Schädigungen sind vielmehr zum großen Teil schon jetzt vermeidbar. An zahllosen Einzelbeispielen lasse sich nachweisen, daß die Beseitigung der Gesundheitsschädlichkeiten in einem Betrieb die Krankenziffer herabgedrückt hat. Dadurch wurde nicht nur die Volksgesundheit gehoben, sondern auch die Finanzen der Kasse geschont.

Hinsichtlich der Unfallverhütung hat die R. V. O. gegenüber dem früheren Rechtszustand einen erheblichen Fortschritt gebracht, insofern die Berufsgenossenschaften nunmehr verpflichtet sind, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen, wofür sie früher nur befugt waren und daß sie von Aufsichts wegen dazu angehalten werden können. Die Überwachung der Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften hat ebenfalls eine Erweiterung erfahren. Früher waren die Berufsgenossenschaften nur befugt, Aufsichtsbeamte anzustellen. Die Zahl der technischen Aufsichtsbeamten genügte jedoch nicht, wenn auch ihre Zahl im Laufe der Jahre vermehrt wurde. Um eine weitere Vermehrung der Aufsichtsstellen zu erzielen, wurden daher im § 875 die Berufsgenossenschaften nicht nur für befugt, sondern auf Verlangen des Reichsversicherungsamtes auch für verpflichtet erklärt, durch Anstellung technischer Aufsichtsbeamten die Befolgung der zur Verhütung von Unfällen erlassenen Vorschriften zu überwachen. Die Zahl der technischen Aufsichtsbeamten ist vor dem Krieg bei 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften auf 380 angewachsen. Wichtig ist ferner die neue Bestimmung des § 857, wonach alljährlich der Vorstand der Genossenschaft unter Zuziehung der Vertreter der Versicherten zu den Berichten der technischen Aufsichtsbeamten Stellung zu nehmen und Maßnahmen anzuregen hat, die zur Verbesserung der Unfallverhütungsvorschriften geboten erscheinen.

Diese gesetzlichen Vorschriften in die Praxis umgesetzt, haben sehr wesentliche Fortschritte auf dem Gebiete der Unfallverhütung gezeitigt.

---

[19]) Th. Weyl, „Handbuch der Arbeiterkrankheiten" 1908, S. XLIII.

Die Unfallverhütungsvorschriften, namentlich die vom Reichsversicherungsamt bearbeiteten Normalverhütungsvorschriften, die Fortschritte der Technik, die ständig ausgedehnte Tätigkeit der Aufsichtsbeamten haben ein fortgesetztes Sinken der Unfallziffern herbeigeführt, namentlich sind die schweren Unfallfolgen, die zum Tode oder dauerndem Siechtum führenden, zurückgegangen. Von letzteren entfielen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften auf je 1000 Vollarbeiter durchschnittlich jährlich in der Zeit von 1897 bis 1902 0,80, von 1903 bis 1908 0,74, 1909 0,70 und 1910 0,44 tödliche Unfälle.

Schon sehr früh zogen die Berufsgenossenschaften Maßnahmen im Interesse der ersten Hilfe und des Rettungswesens in ihren Aufgabenkreis. Die meisten erließen zum Aushang in den Betrieben gemeinverständliche Anweisungen über die erste Hilfe. Die Unternehmer wurden verpflichtet, in der Betriebsstätte das notwendige Verbandzeug und Einrichtungen zur Beförderung verunglückter Arbeiter sowie geeignete Rettungsgeräte bereit zu halten und Arbeiter in der Behandlung der Rettungsgeräte auszubilden. Die Berufsgenossenschaften richteten auch besondere Unfallstationen mit einem ständigen ärztlichen Dienst ein und ermöglichten durch ihre Beihilfen die Errichtung von Krankenpflege- und Gemeindeschwesternstationen zur Leistung der ersten Hilfe bei Unglücksfällen und zur Krankenpflege auf dem Lande. Im Zusammenwirken mit dem Roten Kreuz und den gewerblichen Berufsgenossenschaften erfolgte die Ausbildung von Arbeitern der einzelnen Betriebe zu Betriebshelfern für die erste Hilfeleistung. 1911/12 wurden 3000 männliche und 370 weibliche Helfer ausgebildet, während des Krieges ist diese Ausbildung unterblieben.

Was nun die Unfallverhütung im Kriege anlangt, so haben verschiedene Umstände dazu beigetragen[20]), daß sie vielfach Einbuße erlitt. Die Unfälle mußten schon infolge der großen Zahl neu eingestellter ungelernter Arbeiter, namentlich Jugendlicher und Frauen, eine Zunahme erfahren. Wenn die Zahl der überhaupt gemeldeten Unfälle im Jahre 1915 gegen das Vorjahr abgenommen hat, so ist dies wesentlich auf die Einschränkung der Betriebe zurückzuführen. Die Verhältniszahl der Unfälle auf 1000 Vollarbeiter

---

[20]) Hanauer, Kriegsprobleme des Arbeiterschutzes. Zentralbl. für Gewerbehygiene 1917, S. 225.

hat nicht abgenommen. In den folgenden Jahren hat sich, wie wir bereits in der Einleitung hervorgehoben haben, auch die absolute Zahl der Unfälle vermehrt. Infolge der Einberufung zum Heeresdienst konnten viele Aufsichtsbeamte die Überwachung der Betriebe hinsichtlich der Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften nicht durchführen. Auch die Revisionstätigkeit der Berufsgenossenschaften hat während des Krieges nachgelassen. Bei der Baugewerks- und der Tiefbauberufsgenossenschaft wurden 1915 nur 12 % aller Betriebe revidiert gegen 18 bis 20 % in früheren Jahren. Auch der Bericht der Knappschaftsberufsgenossenschaft berichtet von einer Erhöhung der Unfallziffer und führt dies darauf zurück, daß infolge des Krieges viele ungelernte, mit den Gefahren des Bergbaues nicht genau vertraute, Arbeiter in die Betriebe eingestellt wurden. Auf je 1000 Versicherte kamen im Gesamtbergbau 1913 14,45 schwer Verletzte, darunter 2,30 tödlich, 1914 15,01 (2,32), 1915 15,60 (2,78). Die Berliner Allgemeine Ortskrankenkasse konstatierte namentlich bei den Frauen ein Ansteigen der Unfallziffer und sie führte dies darauf zurück, daß die Arbeiter und Arbeiterinnen nicht nachdrücklich genug auf die bestehenden Gefahren und Sicherheitsmaßregeln durch eingehende Belehrung aufmerksam gemacht wurden, daß die Arbeitgeber vielfach mit dem Aushang der Unfallverhütungsvorschriften ihrer Pflicht Genüge geleistet zu haben glaubten.

Das Reichsversicherungsamt, die oberste Behörde für Arbeiterversicherung hätte unter diesen Umständen pflichtwidrig gehandelt, wenn es nicht dafür Sorge getragen hätte, daß die Arbeiter vor den sich steigernden Unfallgefahren behütet würden. In einem Runderlaß vom 10. August 1917 wies es daher auf die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung der berufsgenossenschaftlichen Betriebsaufsicht hin[21]). In einem weiteren Runderlaß vom 22. Oktober 1915 wurde von den Berufsgenossenschaften Bericht über den Stand der Überwachung gefordert und am 3. Juni 1915 wurden sie ermahnt, auf die Ausfüllung der Lücken Bedacht zu nehmen, die durch die Einberufung zahlreicher technischer Aufsichtsbeamten entstanden waren. Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wurden ersucht, die Genossenschaftsmitglieder durch

[21]) Unfallverhütungsmaßnahmen während des Krieges. Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1917, S. 90.

Merkblätter, Mahnworte usw. darüber zu belehren, daß auch in der Kriegszeit die Befolgung der Unfallverhütungsvorschriften nicht unterbleiben dürfe. Im Runderlaß vom 13. Oktober 1916 wurden den Berufsgenossenschaften die vom Reichsversicherungsamt gemachten Feststellungen über die Steigerung der Betriebsunfälle und ihre Ursachen bekannt gegeben. Ihre Aufmerksamkeit wurde auf folgende Gründe gelenkt, die für die Zunahme der Unfälle ermittelt wurden:

1. Beschäftigung vieler ungelernter jugendlicher und weiblicher mit den Gefahren der Betriebe nicht vertrauter Arbeiter.
2. Gleichgültigkeit solcher Arbeiter hinsichtlich der Unfallverhütung oder Unkenntnis der Unfallverhütungsvorschriften.
3. Mangel an unfalltechnisch geschultem Aufsichtspersonal und an Meistern und Vorarbeitern.
4. Notdürftiges Herrichten von im Frieden gebräuchlichen Maschinen für die Erzeugung von Kriegsmaterial.
5. Überstunden mit weitgehender Heranziehung der Arbeitskräfte.
6. Zunahme der Unfallgefährlichkeit durch die Eigenart der veränderten Betriebsweise.
7. Überfüllung der Werkstätten durch nachträglich aufgestellte Maschinen.

Das Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 und die dadurch vorgeschriebene Beschäftigung zahlreicher ungelernter, ferner weiblicher und jugendlicher Personen und von Kriegsbeschädigten in gewerblichen und landwirtschaftlichen Betrieben brachte eine Erhöhung der Unfallgefahren und zwar um so mehr, als die Verhältnisse dazu zwangen, diese Personen in größerem Umfange an Betriebseinrichtungen mit Arbeitstätigkeiten zu beschäftigen, von denen sie nach den berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften bisher ausgeschlossen waren[22]).

Die Forderungen des vaterländischen Hilfsdienstes mit denen des Unfallschutzes suchte das Reichsversicherungsamt in seinem Er-

[18]) Hanauer, Frauenwerbsarbeit, Frauenhygiene und Krieg. Arch. Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung V, S. 391.

laß vom 20. Dezember 1916 dadurch in Einklang zu bringen, daß es den Berufsgenossenschaften nahelegte, die Unfallverhütungsvorschriften nachsichtig zu handhaben. Weibliche und jugendliche Personen sollten zu den ihnen bisher unzugänglichen Arbeiten mit Zustimmung des Vorstandes der Berufsgenossenschaft zugelassen werden, wenn die Betriebsunternehmer ihre Gesuche an den Vorstand durch den Nachweis stützten, daß die Aufrechterhaltung des Betriebes in dem notwendigen Umfang bei dem Mangel an männlichen Arbeitern die Einstellung weiblicher und jugendlicher Arbeiter unabweisbar mache. Es wird weiter darauf hingewiesen, daß durch geeignete Auswahl der den Arbeitern zugewiesenen Tätigkeit, durch Verwendung besonderer unfallsicherer Arbeitskleidung bei weiblichen Personen und durch umfangreiche Ausgestaltung der Betriebseinrichtung mit Schutzvorkehrungen und durch gewissenhafte Unterweisung in der Benutzung der Maschinen und Apparate dem Arbeiterschutze Rechnung getragen werden müßte. Den Berufsgenossenschaften wird empfohlen, alsbald unter Berücksichtigung der aufgestellten Gesichtspunkte entsprechend den besonderen Betriebsverhaltungen des Gewerbezweiges den Unternehmern Richtlinien zu geben. Viele Berufsgenossenschaften haben in ihren Unfallverhütungsvorschriften eine Bestimmung, nach der den Unternehmern vom Genossenschaftsvorstand unter gewissen Voraussetzungen die Erfüllung einzelner Vorschriften erlassen werden kann. Sofern eine solche Bestimmung nicht besteht, erklärte sich das Reichsversicherungsamt bereit, den Vorständen eine besondere Ermächtigung für die Dauer des Krieges oder bis zu einer entsprechenden Abänderung der Unfallvorschriften zu erteilen. Diese Auffassung des Reichsversicherungsamtes ging aber selbst den Berufsgenossenschaften zu weit, und sie erklärten, daß sie im Interesse der unglücklichen Unfallopfer Bedenken errege[23]).

Um die Berufsgenossenschaften in der Durchführung ihrer unfallverhütenden Maßnahmen zu unterstützen und selbst Einsicht in die durch den Krieg beeinflußten Betriebsarbeiten zu gewinnen, beauftragte der Präsident des Reichsversicherungsamtes die technischen Mitglieder dieser Behörde gemäß § 889 R. V. O. zur Feststellung der Durchführung und Wirkung der Unfallverhütungsvor-

---

[23]) „Vorwärts", 22. Juni 1917.

schriften Revisionen vorzunehmen. Dabei wurde u. a. das Fehlen vieler Schutzvorrichtungen, namentlich an den zahlreichen neu aufgestellten Maschinen festgestellt. Diese Mängel entstanden häufig durch die Überfüllung der vorhandenen Betriebsräume mit Maschinen, Werkplätzen und anderen Betriebseinrichtungen und durch die Unmöglichkeit, für die Anbringung der Sicherheitsvorrichtungen die notwendigen Arbeitskräfte und das erforderliche Material freizumachen. Ein anderer häufig zu beobachtender Mißstand war die mangelhafte Instandsetzung der älteren baulichen Anlagen.

Wenn nun auch die Zahl der Unfälle im Frieden ständig gesunken, so ist doch die Zahl der tödlichen und der schweren Unfälle immer noch so erschreckend hoch, daß eine weitere Verbesserung des Unfallschutzes auf jede erdenkliche Weise angestrebt werden muß. Ein erfreulicher Fortschritt ist bereits errungen worden, der auch der Minderung der Unfallziffer zu gut kommt: die reichsgesetzlich angeordnete Herabsetzung der Arbeitszeit, die Einführung des Achtstundentages.

Des weiteren kommt in Frage: die Verbesserung der Unfallverhütungsvorschriften, die Heranziehung der Betriebsbeamten, Werkführer und Arbeiter zur Überwachung und die Vermehrung der Zahl der Aufsichtsbeamten. Die Genossenschaften müßten so viel technische Aufsichtsbeamte anstellen, daß jede Betriebsstätte einmal jährlich besichtigt werden kann. Wegen ihrer zentralistischen Organisation sind die Berufsgenossenschaften zu einer wirksamen Überwachung der Betriebe an sich wenig geeignet. Hier sind lokale Organe nötig, die vielleicht an das Versicherungsamt angegliedert werden könnten[24]) [25]). Die Schutzvorichtungen müssen nach der Richtung verbessert werden, daß sie selbsttätig und unabhängig vom Verhalten des Arbeiters eingreifen. Sie müssen organisch in die Maschine eingebaut und einer Berührung möglichst entzogen werden, dabei auch handlich sein und die Arbeitsverrichtung möglichst wenig stören. Hier kann der Maschinenbau eine wahre

---

[24]) Kleeis, Bessere Unfallverhütung. Zentralblatt der Reichsversicherung 1917, S. 458.

[25]) Saucke, Bessere Unfallverhütung. Ebd. S. 762.

Kulturaufgabe lösen, wie Kauffmann zutreffend bemerkt[26]). Ein weiteres Mittel zur Verringerung der Unfälle liegt in der Bekämpfung des Alkoholmißbrauches. Da immer noch ein großer Teil der Unfälle auf Unachtsamkeit und Ungeschicklichkeit der Arbeiter zurückzuführen ist, so muß an diesem Punkte eingesetzt werden. Unterweisungen durch den Unternehmer und seine Angestellten, Belehrungen durch Vorträge mit Lichtbildern, Führungen in Arbeitermuseen, Veranstaltungen von Wanderausstellungen, Einführung des Unterrichts in Unfallverhütung in Fortbildungs- und Gewerbeschulen, Aufnahme der Arbeiterschutzforderungen als Lehrgegenstand in den Lehrlings- und Gesellenprüfungen, Prämiierung neuer Schutzvorrichtungen haben das Verständnis und das Pflichtgefühl der Arbeiter zu beleben. — Neuerdings wird auch empfohlen, den Lehrfilm in den Dienst der Unfallverhütung zu stellen[27]). Am rückständigsten hinsichtlich der Unfallverhütung verhalten sich die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, was vielfach jedoch mit der Eigenart der landwirtschaftlichen Betriebsverhältnisse zusammenhängt. Es muß dafür gesorgt werden, daß sie hinsichtlich des Erlasses von Unfallverhütungsvorschriften und der Anstellung der genügenden Zahl von Aufsichtsbeamten nicht hinter den gewerblichen Berufsgenossenschaften zurückstehen.

Bender[28])[29]) empfiehlt angelegentlich die Einrichtung von Arbeiterschutzkommissionen, bestehend aus Vertretern von Unternehmern und Arbeitern zum Zwecke der Unfallverhütung. Diese haben fortgesetzt die Einrichtungen zum Schutze der Arbeiter gegen Unfälle und Krankheiten auf der Höhe zu halten. In einer Berliner Maschinenfabrik ist eine solche Arbeiterschutzkommission, welche die Betriebsleitung auf mangelhafte Einrichtungen, Maschinen und Arbeitsmethoden aufmerksam macht und Abhilfe vorschlägt, seit mehreren Jahren mit dem Erfolg tätig, daß nach Einführung der Kommission die Unfälle erheblich abgenommen haben.

---

[26]) Kauffmann, Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung. S. 37.

[27]) Grempe, Der Lehrfilm im Dienste der Unfallverhütung. Zentralbl. für Gewerbehygiene 1917, S. 121.

[28]) Bender, Die Gewerbeinspektion im Krieg. Zentralbl. für Gewerbehygiene 1916, S. 128.

[29]) Derselbe, Über Arbeiterschutzkommissionen und Erziehung zur Unfallverhütung. Ebd. 1918, S. 1.

7. Mutterschutz und Säuglingsfürsorge.

Man hat sich gewöhnt unter Mutterschutz die Bestrebungen zusammenzufassen, welche darauf abzielen, der Mutter in den Tagen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schutz zu gewähren. Insofern diese Schutzmaßnahmen auf dem Wege der Versicherung erreicht werden, spricht man von Mutterschaftsversicherung, in der Reichsversicherungsordnung wird dieses Kapitel, das den Mutterschutz, behandelt, Wochenhilfe bezeichnet. Mutterschutz, Mutterschaftsversicherung und Wochenhilfe sind demnach fast synonyme Begriffe. Die gesundheitlichen Maßnahmen sind dann entweder solche therapeutischer Natur, indem ärztliche Hilfe bei krankhaften Zuständen der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes gewährt wird, oder hygienischer Natur, sofern sie bezwecken, gesundheitliche Schäden von der Mutter ferne zu halten. Diese zielen vor allem darauf hin zu verhindern, daß die Frauen der arbeitenden Klassen, und um solche handelt es sich vorwiegend bei den Mitgliedern der Reichsversicherung, zu früh, ehe die Rückbildung der Generationsorgane und eine allgemeine Kräftigung erfolgt ist, ihre häusliche oder berufliche Arbeit wieder aufzunehmen gezwungen werden, wodurch ernstliche Gesundheitsschädigungen entstehen können. Die Reichsversicherungsordnung sieht für diese Fälle Ersatz für den entgangenen Verdienst durch Gewährung von geldlichen Unterstützungen vor. Die Mutterschaftsversicherung geht aber noch einen Schritt weiter, indem sie auch das Neugeborene und den Säugling in ihren Schutz einbezieht. Die sogenannten Stillgelder sollen als Anreiz für die natürliche Ernährung des Säuglings dienen, die Mutter soll vor allem dadurch instand gesetzt werden, sich Stärkungsmittel zu beschaffen; bei entsprechender Höhe können diese auch als Ersatz für entgangenen Verdienst angesehen werden, wenn die Mutter es vorzieht, sich der Pflege und Ernährung ihres Kindes zu widmen und damit auf einen Teil der Lohnarbeit zu verzichten. Mutterschutz und Säuglingsfürsorge gehen dementsprechend Hand in Hand. Die ersten Ansätze des Mutterschutzes reichen über die Zeit der Krankenkassengesetzgebung zurück. Bereits in der Reichsgewerbeordnung findet sich die Vorschrift, daß Fabrikarbeiterinnen innerhalb 6 Wochen, später 8 Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigt werden dürfen.

Da dieses Gesetz aber keine Bestimmung enthielt, daß diese Wöchnerinnen zugleich für den Verdienstausfall entschädigt werden müssen, so waren die Arbeiterinnen vielfach gezwungen, trotz des Verbotes zu arbeiten und, wenn sie in den Fabriken zurückgewiesen wurden, so suchten sie eben Lohnarbeit anderer Art. Diese Lücke hat das Gesetz über die Krankenkassen ausgefüllt, indem es eine Wöchnerinnenunterstützung für 6 Wochen einführte. Die Reichsversicherungsordnung hat diese Wöchnerinnenunterstützung zu einer Wochenhilfe ausgestaltet. Diese ist allerdings zum kleinsten Teil eine obligatorische und im wesentlichen auf die geldliche Unterstützung der Wöchnerinnen resp. Schwangeren beschränkt geblieben, wobei das Wochengeld auf 8 Wochen ausgedehnt wurde, von denen mindestens 6 Wochen auf die Zeit nach der Entbindung entfallen müssen, im übrigen ist die Wochenhilfe eine fakultative. Einen Fortschritt bedeutet die Bestimmung, daß an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewährt werden kann, ferner Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen, wobei bis zur Hälfte des Wochengeldes abgezogen werden darf.

Von fakultativen Leistungen sind vorgesehen (§§ 198 bis 200 R. V. O.): die bei der Niederkunft erforderlichen Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe an versicherungspflichtige Ehefrauen oder alle weiblichen Versicherungspflichtigen, ferner ein Schwangerengeld an Versicherte, die infolge der Schwangerschaft arbeitsunfähig werden, Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden, endlich ein Stillgeld für Wöchnerinnen, so lange sie ihr Neugeborenes selbst stillen, bis zur Höhe des halben Krankengeldes und bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft. Nach den Motiven soll die Bestimmung über das Stillgeld Krankenkassen, die sich in günstiger Vermögenslage befinden, die Möglichkeit geben, sich auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge in zweckmäßiger Weise zu betätigen. Auch die Familienhilfe sieht eine fakultative Wochenhilfe für versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten vor.

Wenn man sich ein Bild verschaffen will, wie sich der Mutterschutz bei den Krankenkassen vor dem Kriege gestaltete, wie weit letztere von der Möglichkeit Gebrauch machten, freiwillige Mehrleistungen auf dem Gebiete der Wochenhilfe einzuführen, so darf

dabei nicht vergessen werden, daß die Reichsversicherungsordnung ja erst ein halbes Jahr vor Ausbruch des Krieges ins Leben trat, so daß die Kassen vielfach noch nicht die Möglichkeit hatten, in diese Bestimmungen sich einzuleben. Im übrigen hing die erweiterte Tätigkeit auf dem Gebiete der Wochenhilfe ab von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Kassen und ihrer sozialpolitischen Einsicht. Einen zahlenmäßigen Anhalt über den Umfang der Reichswochenhilfe gewährt die Umfrage des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen bei den ihm angeschlossenen Kassen. Darnach gewährten 72 Proz. derselben Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe, 36 Proz. Schwangerengeld, 5 Proz. Hebammendienste und ärztliche Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden, etwa 20 Proz. Stillgelder, 20 Proz. Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen. Dieses an und für sich erfreuliche Ergebnis darf jedoch nicht verallgemeinert werden, da es sich bei den Ortskrankenkassen um die sozialpolitisch fortgeschrittenste Kassenart handelt.

Eine weitere Handhabe zur Betätigung auf dem Gebiete des Muterschutzes und der Säuglingsfürsorge gibt den Kassen aber auch der § 363 R. V. O., der gestattet, daß Kassenmittel auch für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwendet werden dürfen. Auf Grund dieses Paragraphen zusammen mit den Vorschriften über Wochenhilfe hat die Frankfurter Ortskrankenkasse sofort nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung einen geradezu vorbildlichen Mutterschutz geschaffen. Sie gewährte nicht nur alle fakultativen Mehrleistungen, sondern schloß auch zur Durchführung und Sicherung dieser Maßnahmen mit einer Reihe von Frankfurter Vereinen Verträge ab. Dem Hebammenverein wurde die Entbindung, sowie die Nachbehandlung der Kassenmitglieder und der Angehörigen der Familienversicherung, die auf Wochenhilfe Anspruch haben, übertragen. Um die Kontrolle darüber durchzuführen, ob die Wöchnerinnen beim Bezug von Stillgeld auch tatsächlich selbst stillen und, um zugleich Mutter und Kind in den ersten Wochen Fürsorge und sachkundige Beratung zuteil werden zu lassen, traf die Kasse mit dem Frankfurter Verband für Säuglingsfürsorge ein Abkommen, wonach dieser gegen Zahlung von 3000 M. jährlich durch seine Säuglingsberatungsstellen die Überwachung von Mutter und Kind und die Ausfüllung der Stillscheine übernimmt. Es wurde ferner mit dem Frankfurter Mutterschutz ein Vertrag abgeschlossen,

wonach dieser 20 Betten seines Wöchnerinnenheimes zur Verfügung stellt, um ledige Mütter nach der Entbindung unterzubringen. Neben der Zahlung der üblichen Pflegesätze wird dem Verein noch ein jährlicher Zuschuß von 1000 M. gewährt. Endlich wurde mit dem Frankfurter Hauspflegeverein ein Abkommen getroffen, um die Hauspflege sicher zu stellen.

Die Säuglingsfürsorgestellen werden vielfach von den Kassen in zunehmendem Maße materiell unterstützt. 1916 leisteten 184 Ortskrankenkassen diesen Stellen 8022 M. Zuschuß, 1917 stieg der Betrag auf 16 689 M. 102 dieser Kassen benutzten die Säuglingsfürsorgestelle zur Prüfung der Stilltätigkeit. In Hamburg hat die Ortskrankenkasse eine eigene Säuglingsschwester angestellt.

Die schönen Ansätze der Krankenkassen hinsichtlich des Ausbaues des Mutterschutzes wurden durch den Kriegsausbruch und durch das Notgesetz vom 4. August 1914 jäh unterbrochen. Gestattete dieses Gesetz doch, alle Mehrleistungen, und zu diesen gehörte gerade die Wochenhilfe, aufzuheben. Es muß anerkannt werden, daß einsichtige Krankenkassen, von der Bedeutung des Mutterschutzes für die Volksgesundheit durchdrungen, die Mutterschaftsversicherung möglichst beizubehalten suchten, oder doch, wenn sie sie vorübergehend abgeschafft hatten, möglichst bald nach Sicherung ihrer finanziellen Lage wieder einführten.

Immerhin erschien das, was die Krankenkassen nach Kriegsausbruch freiwillig auf dem Gebiete des Mutterschutzes leisteten mit Rücksicht auf die gegebenen Zeitverhältnisse nicht ausreichend. Die Reichsregierung sah sich daher zum Eingreifen veranlaßt und es erging die Verordnung des Bundesrates über die „Wochenhilfe während des Krieges“ vom 11. September 1914, eine gesetzliche Maßnahme, die neben der Einführung der Brotkarte als die segensreichste Kriegsverordnung in sozialhygienischer Hinsicht bezeichnet werden darf. Die Reichsregierung ging dabei von zwei Erwägungen aus. Einmal wollte sie den Kriegsteilnehmern die Sorge um das Wohl und den Bestand der Familie durch die Gewißheit erleichtern, daß ihre Frauen in ihrer schweren Stunde vor Not geschützt und der Sorge um das Wohl der Neugeborenen enthoben wurden. Dann waren bevölkerungspolitische Motive maßgebend: Die gewaltigen Opfer an Menchenleben, die der Krieg forderte, machte es zu einer unabweisbaren Pflicht, vorsorglich auf die Er-

haltung und Kräftigung der kommenden Generation schon bei deren Eintritt ins Leben Bedacht zu sein.

Den Anstoß für die Reichsregierung zu ihrem Vorgehen gab ein von Professor Mayet in der Berliner Gesellschaft für soziale Medizin und Hygiene gehaltener Vortrag, die im Anschluß daran gefaßte Resolution und die Eingabe der Gesellschaft an die Reichsbehörden. Mayet verlangte darin die Errichtung von Kriegskrankenkassen für die Familien der Einberufenen und der Arbeitslosen und in deren Rahmen eine Wochenhilfe, die ungefähr den Leistungen der R. V. O. entsprach. Diese Petition fand sowohl beim Bundesrat wie beim Reichstag Entgegenkommen.

Der grundlegende § 1 der Verordnung des Bundesrats vom 11. September 1914 gewährte während der Dauer des Krieges aus Mitteln des Reiches den Frauen eine Wochenhilfe, wenn ihre Männer im Kriege dem Reich Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisteten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder Gefangenschaft verhindert waren und vorher einer Krankenkasse angehört hatten. Die Wochenhilfe wird durch die Kasse gewährt, welcher der Ehemann angehört oder zuletzt angehört hat. Sie besteht 1. in einem einmaligen Beitrag für die Kosten der Entbindung von 25 M., 2. einem Wochengelde von 1 M. täglich für acht Wochen, von denen mindestens 6 in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen, 3. einer Beihilfe bis zum Betrag von 10 M. für Hebammendienste und ärztlicher Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden, 4. für Wöchnerinnen, so lange sie ein Neugeborenes stillen, einem Stillgelde in Höhe von 0,50 M. täglich bis zum Ablauf der 12. Woche.

Es wurden somit diejenigen Leistungen umfaßt, welche die R. V. O. als Wochenhilfe bezeichnet, sowohl diejenigen, welche die Krankenkassen kraft Gesetzes gewähren müssen, als in der Hauptsache auch diejenigen, die sie als freiwillige Leistungen für ihre Satzungen gewähren können. Die Krankenkassen vermitteln diese Leistungen und erhalten dafür Ersatz aus der Reichskasse. Statt der baren Beihilfen kann die Behandlung durch Arzt und Hebamme unmittelbar gewährt werden. Eine bedeutende Erweiterung der Reichswochenhilfe brachte die Bekanntmachung, betreffend Ausdehnung der Wochenhilfe während des Krieges am 23. April 1915.

Hier wird die Wohltat auf die bedürftige, nicht krankenversicherungspflichtige Bevölkerung ausgedehnt. Wöchnerinnen von nicht versicherten Kriegsteilnehmern wurde während der Dauer des Krieges auch Wochenhilfe gewährt, wenn sie unbemittelt sind. Im allgemeinen erhalten nach den neuen Bestimmungen alle Familien von Kriegsteilnehmern Anspruch auf die Kriegswochenhilfe, die ihrem Einkommen nach zur Arbeiterklasse gehörten, z. B. alle Handwerksmeister, Kleingewerbetreibende, Händler usw. Die Wochenhilfe wird nunmehr auch für das uneheliche Kind bezahlt, wenn der Vater Kriegsteilnehmer ist und Kriegsunterstützung erhielt. Auch in den folgenden Jahren erfuhr die Reichswochenhilfe Ergänzung und Erweiterung. Durch Beschluß des Bundesrates vom 2. Juli 1917 wurde das Wochengeld auf 1,50 M. erhöht. Die Wochenhilfe wurde ausgedehnt auf die unehelichen Kinder von Kapitulanten, auf die Wöchnerinnen Hilfsdienstpflichtiger bei Vorliegen von Bedürftigkeit, auf selbst im Hilfsdienst befindliche Wöchnerinnen, wenn sie mindestens 6 Monate in demselben beschäftigt gewesen sind. Auch für ein uneheliches Kind wird Wochenhilfe geleistet, wenn der Vater bedürftig ist und seine Verpflichtung zur Gewährung des Unterhaltes festgestellt ist.

Die Wirkung der Reichswochenhilfe ist, wie nicht anders zu erwarten, in sozialhygienischer Hinsicht eine außerordentlich günstige gewesen. Vor allem wird ihr zugeschrieben, daß die Säuglingssterblichkeit wenigstens in den ersten Jahren nach ihrem Inkrafttreten eine niedrige geblieben ist. So fiel in Berlin die Säuglingssterblichkeit von 15,61 % im Jahre 1914 auf 14,15 % im Jahre 1915 und betrug 1916 nur noch 12,85 %. Es haben ferner das Stillen und die Stilldauer zugenommen, was durch eine Reihe statistischer Erhebungen festgestellt worden ist. Das günstige Gedeihen der Kriegssäuglinge wurde aber auch dadurch gefördert, daß die Mütter, welche die Reichswochenhilfe bezogen, verpflichtet waren, ihre Kinder regelmäßig den Säuglingsberatungsstellen zur Kontrolle vorzuführen, um von diesen die Stillbescheinigungen zu erhalten. Dadurch wurden sie einer fortlaufenden Kontrolle unterstellt und damit erzielt, daß das Selbststillen noch fortgesetzt wurde, als die durch die Wochenhilfe gewährten Stillgelder aufhörten.

Auf die Wirkung der Säuglingsfürsorgestellen ist es wohl auch zurückzuführen, daß in den deutschen Großstädten, die vor allem

mit Säuglingsfürsorgestellen besetzt sind, die Säuglingssterblichkeit während des Krieges geringer war und stärker abgefallen ist als in den Orten mit mehr als 15 000 Einwohnern.

Es starben auf 100 Lebendgeborene[30])

	1914-1915	1915-1916
in allen Orten mit mehr als 15 000 Einwohnern	15,6	14,9
in den Großstädten	15,5	14,1

Von den über die Wirkung der Wochenhilfe auf Leben und Gesundheit der Säuglinge vorgenommenen Untersuchungen sind vor allem die von den Berliner Krankenkassen veranstalteten Erhebungen bemerkenswert. Bei allen Müttern, die ein Jahr vorher entbunden hatten und die Wochenhilfe erhielten, wurde durch Zusendung von Karten ermittelt, wie sich das Neugeborene entwickelt hatte, ob es am Leben geblieben war, an welchen Krankheiten es erkrankte, ob und wie lange es gestillt wurde.[31])

Die Erhebungen brachten zunächst die Bestätigung der bekannten Tatsache, daß die Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer der nicht gestillten Kinder erheblich größer war wie die der gestillten. So erkrankten 1917 von den Brustkindern 35,3 %, von den Flaschenkindern 49,8 %. Die Sterblichkeit bei den Brustkindern betrug im gleichen Jahr 7,95 %, die der Flaschenkinder 24,65 %.

Als ein erfreuliches Resultat darf bezeichnet werden, daß der Prozentsatz der gestillten Kinder gegenüber den mit der Flasche genährten ein sehr hoher war, betrug er doch 1916 85,61 % gegen 14,33 % künstlich genährter, und daß die Stilldauer bei 66 % länger als drei Monate dauerte, bei 23 % über neun Monate, woraus sich ergibt, daß die Brusternährung in den meisten Fällen auch nach Aufhören der Stillprämien fortgesetzt wurde. Wenn die Sterblichkeit der Kinder, welche die Kriegswochenhilfe erhielten, im ganzen 1916 nur 10,34 % betrug gegen 12,85 % der Berliner Gesamtsäuglingssterblichkeit, so dürfte dieses günstige Ergebnis wohl in erster Linie der Kriegswochenhilfe zu verdanken sein.

---

[30]) A. Kohn, Die Wirkung der Gewährung von Stillgeldern bei den Krankenkassen in Groß-Berlin. Zeitschr. für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge 1917, S. 60.

[31]) Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin. Bericht über das Geschäftsjahr 1916, S. 47; 1917, S. 49.

Mit Recht weist der Bericht der Berliner Ortskrankenkasse darauf hin, daß die Resultate in bezug auf Erkrankungsziffer und Sterblichkeit der Säuglinge noch günstiger gewesen wären, wenn nicht die Not der Kriegszeit bei vielen Müttern in die Erscheinung getreten wäre. Viele junge Mütter wurden dadurch gehindert, ihre Neugeborenen selbst zu nähren oder gezwungen, nach Aufhören der Stillprämien abzustillen, da sie außerhalb ihres Heimes ihren Erwerb suchen mußten. Die Zahl der stillenden Mütter würde größer gewesen sein, wenn die Stillgelder über die drei ersten Monate hinaus gezahlt worden wären. Nachteilig für das Gedeihen der Säuglinge waren natürlich auch die wachsenden Ernährungsschwierigkeiten und die psychischen Erregungen. Gerade letztere Momente und die zunehmende Frauenarbeit namentlich in den chemischen und Munitionsfabriken dürften es auch verschuldet haben, daß trotzdem 1917 in Berlin die Zahl der gestillten Kinder und die Stilldauer gegen das Vorjahr noch zunahmen — erstere stieg auf 87,50 % gegen 85,67 % 1916, die Zahl der länger als drei Monate gestillten Kinder betrug 68 % gegen 66 % 1916 und die Zahl der länger als neun Monate gestillten Kinder stieg von 23,09 auf 26,9 % — die Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer sowohl bei den gestillten wie nicht gestillten Kindern gegen das Vorjahr im Anstiege war.

Nachdem nunmehr der Krieg beendigt ist, wird es sich darum handeln, den schon lange als dringend geforderten Ausbau der Wochenhilfe energisch zu fördern und dabei die Kriegserfahrungen auszunützen. Wenn man die dabei zu Tage getretenen Bestrebungen betrachtet, so lassen sich drei Richtungen unterscheiden. Die älteste ging dahin, die Lücke, welche das frühere Krankenkassengesetz hinsichtlich des Mutterschutzes gelassen, durch private Mutterschaftsversicherungen und Kassen auszufüllen. Diese Bestrebungen haben es zu einem nennenswerten Erfolge nicht gebracht und dürften heute endgiltig als erledigt anzusehen sein. Als dann die R. V. O. ins Leben trat, wurden deren Bestimmungen hinsichtlich des Mutterschutzes bald als ungenügend erachtet und es wurden Verbesserungsvorschläge gemacht, die namentlich darauf hinausliefen, daß die fakultativen Vorschriften in obligatorische umgewandelt würden. Endlich wurde, nachdem die Reichswochenhilfe sich so vorzüglich bewährt, von allen Seiten die Forderung erhoben, daß diese auch nach dem Kriege beibehalten werden müsse.

Betrachten wir die Leistungen der Wochenhilfe der R. V. O. (§§ 195—200) näher, so sind dieselben vierfacher Art. Es wird gewährt: 1. Wochengeld für Wöchnerinnen. 2. Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangeren. 3. Schwangerengeld für Schwangere, die infolge der Schwangerschaft arbeitsunfähig werden. 4. Gewährung von Stillgeld. Die Leistung zu 1 ist obligatorisch, die zu 2—4 sind fakultativ.

Bei der obligatorischen Leistung der Zahlung des Wochengeldes auf 8 Wochen in Höhe des Krankengeldes dürfte hinsichtlich der Dauer der Unterstützung nichts zu bemerken sein, da sie wohl völlig ihrem Zweck entspricht, der Schwangeren die Möglichkeit zu geben, lange genug ihre Arbeit auszusetzen und sich zu schonen. Was die Höhe des Wochengeldes anlangt, so wird vom Hauptverband deutscher Krankenkassen die Erhöhung desselben auf drei Viertel des Grundlohnes verlangt. Was die fakultativen Leistungen anbetrifft, so befremdet es vor allem, worauf unseres Erachtens bisher noch niemand hingewiesen, daß ärztliche Behandlung und Geburtshilfe als besondere Leistungen aufgeführt und zudem noch als fakultative gewährt werden. Wenn es nach § 182 R. V. O. zu den Pflichten der Krankenkassen gehört, bei Krankheiten schlechthin ohne Rücksicht auf ihre Ursachen ärztliche Behandlung zu gewähren, so ist es nicht einzusehen, warum die Krankenkassen allein von dieser Pflicht befreit werden sollen, wenn die Ursache der krankhaften Störung die Schwangerschaft oder die Geburt sind. Nach dem Wortlaut des Gesetzes ist z. B. die Krankenkasse verpflichtet, bei einem harmlosen Ausfluß im Wochbett ärztliche Hilfe zu gewähren, es ist aber in ihr Belieben gestellt, ob sie diese Hilfe auch bei Eclampsie in der Schwangerschaft oder bei schweren Blutungen während der Geburt gewähren will. Diese widersinnigen und gefährlichen Bestimmungen müssen daher so bald wie möglich beseitigt werden. Die ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden und der pathologischen Vorkommnisse bei der Geburt müssen obligatorisch wie die Behandlung jeder anderen Krankheit sein und ihre Gewährung ist so selbstverständlich, daß ihre Namhaftmachung als besondere Leistung der Wochenhilfe im höchsten Maße überflüssig erscheint. Anders verhält es sich bei den Hebammendiensten, die im wesentlichen nur bei der normalen Geburt in Frage kommen. Dieser ist aber ein physiologischer Vorgang, und

da die Krankenkassen nur bei krankhaften Vorgängen einzutreten haben, so müßten sie demnach logischer Weise die Hebammen ganz außer Betracht lassen und die Entschädigung der Hebammen den Versicherten überlassen. Prinzipiell ist dies jedoch nicht wünschenswert. Es ist vielmehr zu berücksichtigen, daß immerhin, wenn die Kassen die Bezahlung der Hebammen übernehmen, deren Zuziehung erleichtert und gefördert ist, was im Interesse der Gesundheit von Mutter und Kind nur durchaus wünschenswert erscheint. Was die Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden durch die Hebamme anlangt, so ist die Beseitigung derselben eigentlich Aufgabe der Ärzte, Hebammen dürften nur dann in Frage kommen, wenn es sich um kleine Leiden handelt, die allerdings oft schwer abzugrenzen sind, oder, wenn Ärzte nicht zu erreichen sind. Wenn die ärztlichen Hilfeleistungen bei Schwangerschaft und Geburt als besondere Leistungen gar nicht mehr aufgeführt werden, so dürfte auch die Frage ausscheiden, ob sie in natura oder dafür eine Geldentschädigung gewährt wird, wie letzteres bei der Reichswochenhilfe die Regel war, was immerhin in gewissen Fällen mit Nachteilen verknüpft war. Von der größten Wichtigkeit ist die Schwangerenunterstützung, die eine obligatorische Leistung sein und für sechs Wochen gewährt werden muß. Sie ist sowohl im Interesse der Mutter wie des Kindes gelegen, sie hat der Schwangeren den Ausfall für entgangenen Verdienst zu geben. Sie kann aber prophylaktisch nur dann wirken, wenn sie in allen Fällen eintritt und nicht erst dann, wenn die Schwangeren infolge der Schwangerschaft arbeitsunfähig geworden. Zu fordern ist aber unter allen Umständen, daß Schwangere und Wöchnerinnen, welche die Unterstützungen der Wochenhilfe erhalten, nun auch wirklich die Arbeit einstellen und daß eine dahin gehende Kontrolle geschaffen wird. Zu den obligatorischen Leistungen muß endlich auch das Stillgeld gehören. Die Dauer, die jetzt drei Monate beträgt, muß so lange ausgedehnt werden, wie die Mutter überhaupt ihr Kind stillt. Die jetzige Vorschrift, daß die Stillunterstützung nach drei Monaten aufhört, wirkt bekanntlich geradezu als Anreiz, das Stillen frühzeitig einzustellen. Die Höhe der Stillunterstützung muß so bemessen werden, daß erstere zur wirksamen Aufbesserung der Ernährung der Mutter, allenfalls auch als Ersatz für entgangenen Verdienst in den Fällen, wo die Mutter es vor-

zieht, sich ihrem Kinde in besonderem Maße zu widmen, dienen kann. Was die Höhe des Stillgeldes anlangt, so kann dasselbe, wenn es überhaupt gewährt wird, nach § 200 R. V. O. bis zur Höhe des halben Krankengeldes abgestuft werden. Manche Kassen gewähren bis 50 %, andere jedoch auch nur 10 %, das ist entschieden zu wenig. Der Hauptverband deutscher Krankenkassen verlangte daher Erhöhung des Satzes auf 1 M. pro Tag mit der Begründung, das Stillgeld nicht nach Prozenten, sondern für alle Wöchnerinnen nach einheitlichem Satz zu gewähren, weil es eine Prämie für Erfüllung der Mutterpflicht sei, die unanhängig von dem Einkommen der Mutter gewährt werden muß. Erwägungswert ist, ob diese Stillunterstützung nicht auch in natura in Form von Milch und sonstigen Nährmitteln geleistet werden soll.

Von der Möglichkeit, Schwangere und Wöchnerinnen Anstaltspflege zu gewähren, müssen die Krankenkassen mit Rücksicht auf die vielfach ungünstigen Wohnungsverhältnisse mehr als bisher Gebrauch machen und die Aufnahme in dieselbe erleichtern; mancher Fall von Tod und Siechtum bei Frauen und Kinder würde dadurch verhütet werden. Da es vielfach an Wöchnerinnen- und Mutterheimen fehlt, müssen die Kassen die Errichtung dieser Anstalten bei den Gemeinden anstreben und sich womöglich geldlich dabei beteiligen. Auch Sache der Versicherungsanstalten wäre es, die Errichtung von Mütterheimen zu fördern. Erweitert muß auch die Hauspflege werden, die einigermaßen als Ersatz der Anstaltspflege gelten kann, um die Frauen vor dem zu frühzeitigen Aufstehen und Arbeiten zu bewahren.

Auf der außerordentlichen Tagung der deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz 1915 ist angeregt worden, als freiwillige Leistung die unentgeltliche ärztliche Beratung der Säuglinge und Kleinkinder, soweit nicht genügende Beratungsstellen oder amtliche Kreisfürsorgerinnen vorhanden sind, zu gewähren. Die Gründung von eigenen Beratungsstellen sollen die Kassen, wie Rott[32]) mit Recht betont, unterlassen, da dies Sache der Kommunen ist und nur zur Zersplitterung dieser Einrichtungen führen würde, sie sollen aber die Gründung der Beratungsstellen, wo solche nicht bestehen, anregen und unterstützen und mit ihnen zusammenarbeiten. Die

[32]) Rott, Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Bericht über den 22. Deutschen Ortskrankenkassentag, S. 18.

Wöchnerinnen sind stets an die Fürsorgestellen zu verweisen und durch die Krankenordnung müssen sie verpflichtet werden, sich die Stillbescheinigungen von den Fürsorgestellen zu beschaffen. Ein derartiger Vertrag ist u. a. zwischen Ortskrankenkasse und Fürsorgestelle in Chemnitz abgeschlossen worden. Hier benachrichtigt die Ortskrankenkasse die Fürsorgeschwester des Vereins über jede ihrer verheirateten Wöchnerinnen, die ihr Kind selbst stillen will, worauf von diesem sofort die Fürsorge eingeleitet wird. Auffallend ist lediglich, warum der Vertrag sich nur auf die verheirateten Wöchnerinnen erstreckt.

Die Ausdehnung der Wochenhilfe auf die Kreise, die bisher von der Versicherung nicht erfaßt wurden, ist in der Weise gedacht daß eine besondere zwangsweise Mutterschaftsversicherung durch Reichsgesetzgebung eingeführt wird, der jede Frau vom Tage ihrer Eheschließung angehört, soweit sie nicht bereits durch die Reichsversicherungsordnung in dieser Hinsicht versichert ist. Die Dauer der Versicherung soll zehn Jahre betragen und nach Ablauf dieser Zeit freiwillig fortgesetzt werden können. Die Einrichtung einer besonderen neuen Versicherung ist jedoch abzulehnen, weil sie nur zu einer unnötigen Zersplitterung führen würde. Die Ausdehnung der Versicherung sollte vielmehr lediglich im Anschluß an die Krankenkassen erfolgen. Es wäre daher in erster Linie die Beibehaltung der Reichswochenhilfe zu verlangen, wobei anstelle des Begriffes des Kriegsteilnehmers die Einkommengrenze von 5000 M. für die Abgrenzung der Anspruchberechtigten vorgesehen werden sollte. So lange nicht die allgemeine Zwangsmutterschaftsversicherung eingeführt wird, wünscht der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, daß allen weiblichen Personen die freiwillige Selbstversicherung auf die Leistungen der Wochenhilfe bei den Krankenkassen gewährt wird. Das Reich müßte dabei die Kassen finanziell unterstützen, wie dies auch bei der Reichswochenhilfe geschieht. Es müßten aber auch die Versicherungsanstalten mit ihren Milliardenvermögen dazu herangezogen werden. Der Kreis derjenigen Personen, welche auf die Wochenhilfe Anspruch haben, ist übrigens durch die Ausdehnung der Versicherungsgrenze auf 5000 bedeutend erweitert worden.

Bei der Reform der Wochenhilfe ist auch dahin zu wirken, daß den Kassen und allen Mitgliedern die gleichen Rechte gewährt

werden. Die rückständigen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, wonach den Mitgliedern der Landkrankenkassen ein geringeres Wochengeld gewährt wird und Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe nur den versicherten Ehefrauen zuteil werden kann, müssen beseitigt werden.

Der § 363 R. V. O. gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, ihre Mitglieder über den Mutterschutz und die Säuglingsfürsorge aufzuklären. Dies kann geschehen durch Vorträge, Merkblätter und Broschüren und Veranstaltung von Wanderausstellungen. Schwangeren Frauen und jungen Müttern sind besondere Merkblätter auszuhändigen, die ihnen Verhaltungsmaßregeln geben und sie u. a. auch auf die Säuglingsfürsorgestellen hinweisen. Wenn Stillprämien und Säuglingsberatungsstellen imstande gewesen sind, die Säuglingssterblichkeit herabzusetzen, so müssen in dieser Hinsicht die Kassen auch nach anderer Richtung hier wirksam eingreifen. Bekanntlich gehen viele Kinder und namentlich Säuglinge zu Grunde, weil ihnen eine sachgemäße und rechtzeitige ärztliche Fürsorge nicht zuteil wird. Erschreckend hoch ist nach der badischen, bayerischen und sächsischen Statistik die Zahl derjenigen Säuglinge, die sterben, ohne daß sie vorher ärztlich behandelt wurden. Die Vernachlässigung beruht oft auf Gleichgültigkeit der Eltern, in vielen Fällen aber aus Scheu vor den Kosten. Hier müssen die Krankenkassen eingreifen, indem sie von der Möglichkeit, durch die Familienhilfe auch den Kindern und Ehefrauen der Versicherten, ärztliche Behandlung zu gewähren, in weitgehendem Umfange Gebrauch machen. Noch besser ist es allerdings, wenn die Gewährung von freier Familienhilfe nicht dem Belieben der Kassenvorstände anheimgestellt, vielmehr als obligatorische Leistung der Kassen eingeführt wird. Wie segensreich die obligatorische Familienversicherung wirkt, zeigt die Erfahrung in Ungarn. Dort hatte die zwangsweise Einführung der Familienversicherung zur Folge, daß die Kindersterblichkeit von 1908 auf 1911 sich um 5,2 % verminderte.

Erfreulicherweise haben während des Krieges auch die Versicherungsanstalten begonnen, den Mutterschutz und die Säuglingsfürsorge in ihren Tätigkeitskreis einzubeziehen. So stellte die Landesversicherungsanstalt Oldenburg Mittel für den Wöchnerinnenschutz zur Verfügung. In großzügiger Weise hat ferner die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz im Zusammenwirken mit dem

Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf unter Verwertung von dessen Erfahrungen und Benutzung der von ihm aufgestellten Richtlinien die Mutter- und Säuglingsfürsorge in Angriff genommen. In der offenen Säuglingsfürsorge gewährt sie Milch, Stärkungsmittel und Beratung für Säuglinge durch Vermittlung der Mutterberatungsstellen, sie gewährt Hauspflege für Wöchnerinnen, sie entsendet ferner kranke und schwächliche Kinder in den ersten Lebensjahren in Säuglingskliniken, Säuglingsheime und ähnliche Anstalten, endlich unterstützt sie Kriegskrippen und Kriegskinderheime.

8. Kinder- und Jugendfürsorge.

Die Fürsorge der Träger der Sozialversicherung darf bei den Säuglingen nicht Halt machen, sondern sie muß sich weiter auf die Kinder der versicherten Bevölkerung erstrecken, bis diese selbst in das versicherungspflichtige Alter eingetreten sind. Was die dem Säuglingsalter zunächst folgende Kindheitsperiode anlangt, die des Kleinkindes, so ist auch dieses noch von zahlreichen Krankheiten bedroht; neben den akuten Infektionskrankheiten kommen hier vor allem die konstitutionellen Erkrankungen: Rachitis und Skrophulose in Betracht. Werden diese Krankheiten nicht rechtzeitig und sachgemäß behandelt, so bleiben oft irreparable Gesundheitsstörungen und Schädigungen, namentlich der Sinnesorgane und Lunge, zurück. Es liegt demnach im eigenen Interesse der Krankenkassen, wenn sie für sachgemäße ärztliche Behandlung der Erkrankungen im Kleinkindesalter sorgen, weil dann krankhafte Zustände vermieden werden können, die, wenn erst später die früher Erkrankten selbst Mitglieder der Kassen geworden sind, diesen schwere Opfer auferlegen. Es ist also auch vom Standpunkt der Kleinkinder die Gewährung der Familienhilfe und die Einführung der obligatorischen Familienversicherung dringend erforderlich. Dies gilt aber auch von den Schulkindern. Bei diesen obliegt die gesundheitliche Kontrolle und die Fürsorge den Schulärzten. Diese dürfen die Kinder aber nicht behandeln, sie müssen vielmehr nur die bei den Kindern gefundenen krankhaften Zustände den Eltern mitteilen und sie auffordern, ihre Kinder ärztlich behandeln zu lassen. Die Aufforderung wird aber oft nicht befolgt, manchmal aus Indolenz, in vielen Fällen aber auch, weil die zur Behandlung not-

wendigen Mittel fehlen. Die Einführung der obligatorischen Familienversicherung ist daher auch vom Standpunkt der Schulhygiene notwendig[33]).

Neben der Einführung der Familienversicherung gibt der § 363 den Krankenkassen die Möglichkeit, sich sozialhygienisch auf dem Gebiete der Kinderfürsorge zu betätigen. Dementsprechend stellte die Frankfurter Ortskrankenkasse 1916 dem Magistrat 50 000 M. zur Unterbringung kränklicher Kinder auf dem Lande zur Verfügung. Hierdurch war es möglich, 850 Frankfurter Kindern eine Erholungsfürsorge zu gewähren und sie der Genesung zuzuführen, 1917 betrug der gewährte Betrag 25 000 M. Auch die Stuttgarter Ortskrankenkasse leistet auf diesem Gebiete Bemerkenswertes. Sie bringt zusammen mit dem Verein für Ferienkolonien die Kinder in Solbäder, Ferienkolonien und in einem Erholungsheim unter. Die Ortskrankenkasse Sonneberg hat selbst eine Ferienkolonie ausgerüstet und etwa 300 Kinder in einem eigens dazu gekauften Grundstück verpflegt.

Die Versicherungsanstalten werden auf die Kinderfürsorge hingewiesen durch ihre gesetzliche Verpflichtung, Waisenrenten zu gewähren. Nach § 1259 R. V. O. erhalten Waisenrente nach dem Tode des versicherten Vaters seine ehelichen Kinder unter 15 Jahren und nach dem Tode einer Versicherten ihre vaterlosen Kinder unter 15 Jahren. Als vaterlos gelten dabei auch uneheliche Kinder. Leider sind aber diese Waisenrenten so niedrig, daß sie fast völlig wertlos erscheinen. Denn Renten von 3 M. monatlich waren schon in Normalzeiten viel zu niedrig, bei dem stark gesunkenen Geldwert in der Kriegszeit haben sie aber so gut wie gar keine wirtschaftliche Bedeutung. Zudem sind die Waisenrenten noch von der während des Krieges gewährten Sonderzulage ausgeschlossen worden.

Anstelle der Waisenrenten sind die Versicherungsanstalten befugt, die Waisenkinder in Waisenhäuser oder ähnliche Anstalten unterzubringen und dafür die Waisenrente ganz oder teilweise zu verwenden. Von dieser Befugnis haben die Versicherungsanstalten nur vereinzelt Gebrauch gemacht. Von der unterschiedslosen Unter-

---

[33]) Stephani, Schularztwesen und Familienversicherung. Öffentl. Gesundheitspflege 1917, S. 31 u. 57.

bringung wurde abgesehen; die Versicherungsanstalten haben vielmehr unter weitherziger Auslegung des § 1277 R. V. O. eine spezielle Waisenfürsorge für in gesundheitlicher Hinsicht besonders bedürftige Kinder eingerichtet. Soweit tuberkulöse Kinder hierbei in Betracht kommen, ist darüber bereits früher berichtet worden, hier kommen nur die anderen kränklichen Kinder in Frage. Diejenige Versicherungsanstalt, welche am frühesten mit dieser Art Waisenfürsorge begann, ist die der Hansastädte. Die Fürsorge für die Halbwaisen beschränkte diese zunächst, so lange geeignete Anstalten und Heime nicht verfügbar waren, auf die Unterbringung in ländliche Familienpensionen. Späterhin wurde mit dem Verein für Ferienkolonien ein Abkommen getroffen; endlich errichtete 1914 die Landesversicherungsanstalt ein eigenes Erholungsheim für Kinder mit 50 Betten. Hier wird Schulunterricht erteilt und die Kinder in Haus- und Gartenwirtschaft unterrichtet.

Seit einigen Jahren hat auch die Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz die Waisenpflege in Angriff genommen. Die Unterbringung erfolgt nicht oder nur ausnahmsweise in Waisenhäusern, in der Regel vielmehr bei geeigneten Familien in gesunder, möglichst ländlicher Gegend. Untergebracht werden Waisen bis zum vollendeten 15. Lebensjahre, die ohne selbst krank zu sein, durch schwere Erkrankung der Angehörigen, ungünstige Wohnungsverhältnisse, unzureichende Ernährung und Körperpflege und ähnliche Umstände in ihrer Gesundheit bedroht sind. Kriegswaisen finden vorzugsweise Berücksichtigung. In der Hauptsache kommen Kinder der großstädtischen Bevölkerung in Betracht. In Posen und Mittelfranken scheiterten nach dem Bericht des Reichsversicherungsamtes[34]) die Versuche zur Aufnahme von Waisen in geeignete Anstalten an dem Widerstand der Mütter. Im Jahre 1915 wurden von Versicherungsanstalten 761 Kinder in ein Waisenhaus oder in eine Heil- und Erziehungsanstalt untergebracht, davon entfielen auf die Hansastädte 400 Kinder, die Rheinprovinz 110, das Großherzogtum Hessen 96 Kinder. Kleeis[35]) verlangt mit Recht, daß die Unterbringung der Kinder auch auf solche Fälle ausgedehnt werde, in

---

[34]) Fürsorge für Empfänger von Waisenrenten und für Kinder von noch lebenden Versicherten. Reichsarbeitsblatt 1917, S. 421.

[35]) Kleeis, Wie kann die soziale Versicherung die Kinderfürsorge fördern? Zentralbl. der Reichsversicherung 1917, S. 750.

denen diese Kinder durch wirtschaftliche Nöte der Mutter und der Erziehung zu sehr leiden.

Auf Grund des § 1277 R. V. O. können die Versicherungsanstalten Fürsorge auch Kindern Versicherter zukommen lassen, die noch am Leben sind. Hier kommt Unterstützung resp. Inanspruchnahme aller Einrichtungen in Frage, welche der vorbeugenden Kinderfürsorge dienen: Kindergärten und Horte, Spielschulen, Ferienkolonien, Solbäderkuren, Verabreichung von Milch und Stärkungsmitteln, Schulspeisungen. Die Förderung der Schulzahnpflege ist den Versicherungsanstalten vom Reichsversicherungsamt empfohlen worden. Die Landesversicherungsanstalt Berlin hat dem Groß-Berliner Kriegsausschuß zum Schutze aufsichtsloser Kinder 50 000 M. zur Verfügung gestellt. Die Thüringer Landesversicherungsanstalt hat sich für die Kriegszeit bereit erklärt, zu den Kuren für Kinder in Solbädern und in Erholungsheimen die halben Kurkosten beizusteuern, wenn dabei in erster Linie Kriegskinder und die von der Fürsorge- und Hilfsfürsorgestelle empfohlenen Kinder berücksichtigt werden. In einem Runderlaß vom März 1917 empfiehlt das Reichsversicherungsamt die Unterstützung der Vereine „Landaufenthalt für Stadtkinder" und hat dabei namentlich die Zahlung von Barzuschüssen zur Beschaffung von Freistellen für Kinder Versicherter angeregt. Die Hessen-Nassauische Versicherungsanstalt hat für diesen Zweck 15 000 M. zur Verfügung gestellt.

9. Wohnungsfürsorge.

Bei der großen Bedeutung, welche unhygienischen Wohnungsverhältnissen für die Entstehung von Krankheiten zukommt, mußten Krankenkassen und Versicherungsanstalten schon früh darauf hingelenkt werden, der Wohnungsfrage ihre Aufmerksamkeit zu schenken und sich am Kampfe gegen ungesunde Wohnungen zu beteiligen.

Die Ortskrankenkasse Pforzheim darf wohl das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, daß sie als erste systematisch sich mit der Wohnungsfrage beschäftigt hat. Sie leitete schon im Jahre 1902 eine Untersuchung über die Wohnungen krankgemeldeter Mitglieder in die Wege, um auf eine Besserung der Wohnungsverhältnisse bei denselben hinzuwirken. Es wurde eine große Anzahl Stadt- und Landwohnungen bis in das Jahr 1903 hinein einem eingehenden

Augenschein unterzogen. Das sehr ungünstige Ergebnis veranlaßte die Kasse, alle diejenigen Kranken, die in unzureichenden Wohnungen lebten, in Krankenhäusern und Genesungsheimen unterzubringen, und sie wies ferner die übrigen badischen Krankenkassen auf die Wichtigkeit des Zusammenhangs zwischen schlechten Wohnungen und Ausbreitung der Tuberkulose hin. Da aber diese Maßnahmen unzureichend erschienen, nahm die Kasse die Propaganda für die Herstellung der Kleinwohnungen selbst in die Hand und gab in Form von Flug- und Merkblättern eine Anleitung zur Erbauung von Eigenheimen auf dem Lande, nicht nur für Arbeiter, sondern auch für Landwirte und Handwerker. In den Merkblättern wurde ferner zur Erlangung des nötigen Baugeldes auf die Landesversicherungsanstalten aufmerksam gemacht, welche Kapitalien an Versicherte gewähren. Außerdem wurden die Baugeldbedürftigen an die gemeinnützigen Baugenossenschaften und Vereine ferner an die ländlichen Kreditgenossenschaften verwiesen. Über die Ausführung des Baues wurde durch Mitglieder des Architekten- und Ingenieurvereins wie durch Baukontrolleure über baupolizeiliche Fragen und die Anwendung der Bauordnung unentgeltlich Rat erteilt.

Fast um dieselbe Zeit faßte auch die damalige Ortskrankenkasse für die Gewerbebetriebe der Kaufleute in Berlin den Beschluß, zunächst versuchsweise durch die Krankenbesucher Erhebungen über die Wohnungsverhältnisse erkrankter Kassenmitglieder anstellen zu lassen und auch die allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, die aus der Ortskrankenkasse der Kaufleute hervorgegangen ist, nahm diese Untersuchungen auf, wozu ja der § 363 R. V. O. die gesetzliche Handhabe bot. Die Ergebnisse dieser Erhebungen sind erstmalig 1915 publiziert worden und diese Veröffentlichung ist für die folgenden Jahre bis zum Jahre 1917 fortgesetzt worden[36][37]. Die Erhebung der Krankenkontrolleure erfolgt unter Eintragung der Ergebnisse in eine Wohnungspflegekarte, welche in Übereinkunft mit dem Berliner Wohnungsamt entworfen

---

[36]) Unsere Wohnungsuntersuchungen in den Jahren 1913 und 1914 bzw. in den Jahren 1915 und 1916 und im Jahre 1917. Im Auftrage des Vorstandes der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin, bearbeitet von Albert Kohn. Berlin, Verlag der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin.

[37]) Die Wohnungsuntersuchungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin in den Jahren 1913—1917. Reichsarbeitsblatt 1918, S. 805.

wurde und die zunächst den Namen, Beruf, Geschlecht und Alter des Erkrankten enthält. Die Enquete erstreckt sich zunächst auf die Beschaffenheit der ganzen Wohnung und dann des Krankenzimmers im Besonderen. Was die erstere anlangt, so wird gefragt, ob die Wohnung im Vorderhause oder Hinterhause oder Quergebäude liegt, in welchem Geschoß, ob es sich um Keller- oder Dachwohnung handelt, es wird ferner die Zahl der Zimmer festgestellt, ob eine Küche und Nebenräume vorhanden sind: Keller, Bad, Waschküche. Es wird dann weiter festgestellt, ob die Wohnung einen Abort hat, ob dieser von mehreren Familien und wie viel Personen zusammen benutzt wird, ob er in der Wohnung, auf dem Hofe oder dem Treppenhaus liegt und ob er mit einem Fenster versehen ist. Dann wird nach der Tagesbelichtung gefragt und diese nach den Qualitäten gut und mangelhaft geschieden, ob die künstliche Beleuchtung durch Elektrizität, Gas oder Öl erfolgt, ob Zentral- oder Lokalheizung vorhanden, in letzterem Fall, ob die Heizung mit Kachelofen, eisernem Ofen oder Kochofen erfolgt. Bei der Lüftung wird einseitige, Querlüftung, gut und schlecht gelüftet unterschieden. Es wird weiter festgestellt, ob die Wohnung trocken, feucht, sauber oder unsauber ist. Ferner wird die Zusammensetzung der Wohnfamilie nach Alter, Geschlecht, nach dem Vorhandensein fremder Wohnungselemente, Zimmermieter usw. eruiert und dabei die Frage gestellt, ob die Wohnung als überfüllt anzusehen ist. Auch die Zahl der Betten wird ermittelt für Erwachsene und Kinder, um die Frage zu beantworten, ob genügend Betten vorhanden sind.

Das Krankenzimmer anlangend, wird seine Größe ausgemessen (Länge, Breite, Höhe, Bodenfläche, Luftraum), die Zahl und Größe der Fenster wird festgestellt, nach dem Vorhandensein von Waschgeschirr und Spucknapf wird gefragt, ferner darnach, wie viel Personen mit dem Kranken den Raum teilen, bei Tag und Nacht, und welchem Geschlecht sie angehören. Es wird weiter festgestellt, ob der Kranke allein ein Bett zur Benutzung hat, ob dieses gut oder schlecht ist, ob die Wäsche sauber oder unsauber ist, ob der Raum als Arbeitsstätte benutzt wird. Es wird endlich gefragt, ob in demselben Haushalt bereits Erkrankungen von Tuberkulose und Alkoholismus vorgekommen sind, wer davon betroffen wurde und wie der Ausgang war. Handelt es sich um Schlafstellen, so werden eine Reihe besonderer Fragen hinsichtlich deren hygienischer Be-

schaffenheit gestellt und darauf geachtet, ob Erkrankungen an Tuberkulose, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten vorliegen und Kinder an Lymphatismus, Rachitis und Ozäna erkrankt sind. Zum Schlusse wird die Wohnung dahin qualifiziert, ob sie als einwandfrei oder nicht einwandfrei zu betrachten und ob Besichtigung durch das Wohnungsamt erwünscht ist.

Wie die Veröffentlichungen der Berliner Ortskrankenkasse ergeben, haben die Erhebungen eine sehr gründliche und eingehende Bearbeitung gefunden, die nicht nur für die Wohnungs-, sondern auch für die medizinische Statistik wertvoll erscheinen, weil vielfach die Wohnungsqualitäten zu den einzelnen Krankheitsgruppen in Beziehung gebracht und tabellisch bearbeitet sind. Auf die Ergebnisse selbst kann hier nicht eingegangen werden. Die Zahl der untersuchten Wohnungen betrug 1917 17 807, es verdient Anerkennung, daß die Erhebungen auch während des Krieges ununterbrochen fortgesetzt wurden.

Die Wohnungsuntersuchungen der Berliner Ortskrankenkasse dienen aber nicht nur rein statistischen Zwecken, sondern es ist mit ihnen zugleich bis zu einem gewissen Grade eine Wohnungspflege verbunden. Zunächst haben die Kontrolleure festzustellen, ob in der Wohnung des Kranken eine Gesundung und Durchführung der ärztlichen Maßnahmen überhaupt möglich sind. Ist letzteres nicht der Fall, so wird Anstaltspflege vorgeschlagen; von geeigneten Fällen wird den Auskunfts- und Fürsorgestellen Mitteilung gemacht, um deren Einschreiten herbeizuführen. Die Krankenbesucher sind ferner verpflichtet, die Kranken auf leicht abstellbare Mängel hinzuweisen, wie z. B. mangelnde Lüftung, besondere Behandlung der Wäsche usw.

Das Vorgehen der Pforzheimer und Berliner Ortskrankenkassen haben erfreulicherweise bei den Kassen vielfach Nachahmung gefunden: Von den dem Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen angeschlossenen Kassen wurden 1916 bei 144 Kassen durch die Krankenbesucher die Wohnungsverhältnisse festgestellt und bei 67 Kassen wurde das so gefundene Material zur Beseitigung der vorgefundenen Mißstände verwertet.

Wie weit sich die Krankenkassen bei der Erstellung von Wohnungen beteiligten, ergibt eine Umfrage, die der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen 1916 bei 120 großen und

größeren ihm angeschlossenen Kassen veranstaltete. Darnach haben 60 Kassen sich weder unmittelbar noch mittelbar an der Förderung des Kleinwohnungsbaues beteiligt und beabsichtigten es auch für die Zukunft nicht zu tun. Dagegen hatten 7 Kassen die Errichtung von Kleinwohnungen bereits planmäßig gefördert, indem sie Kapitalien in Gestalt von Hypothekendarlehen an Baugenossenschaften und Versicherte zum Bau von kleinen Wohnungen ausliehen. Drei Kassen gaben an Mitglieder Darlehen zur Durchführung einer kommunalen Wohnungsfürsorge, 12 Kassen stellten für die Zukunft Gelder zur Unterstützung des Kleinwohnungsbaues in Aussicht. Außerdem sprachen sich 25 Kassen dafür aus, daß eine Förderung des Kleinwohnungsbaues durch Vereinigung mehrerer Kassen zur Übernahme von Sammelhypotheken erwartet werden könne. Die Kassen erklärten sich auch bereit zu diesem Zwecke, mit anderen Versicherungskörpern zusammenzuarbeiten unter der Voraussetzung, daß die erforderlichen rechtlichen und tatsächlichen Sicherheiten vorhanden wären, um den Kassen die Hergabe von Geldern zu gestatten. Die sächsischen Ortskrankenkassen, die überhaupt der Wohnungsfrage ein besonderes Interesse entgegenbringen, haben einen eigenen Weg insofern beschritten, als sie Anteile an der neuen Landesansiedlungs-Gesellschaft „Eigenes Heim“ zeichneten.

Das Interesse der Krankenkassen an der Wohnungsfrage und am Kleinwohnungsbau ist demnach, wie sich aus diesen Darlegungen ergibt, noch ein recht mäßiges, immerhin sind die Anfänge gemacht, und es gilt auf dem beschrittenen Wege fortzufahren. Der Umstand, daß der Krieg die Wohnungsfrage ungeheuer verschärft hat, daß bereits während des Krieges vielfach allerorten in Deutschland eine Wohnungsnot aufgetreten, die jetzt nach Beendigung desselben zu einer schweren Kalamität geworden, legt den Kassen gebieterisch die Pflicht auf, das Ihrige zur Lösung der Wohnungskrise beizutragen. Daß die Kassen sich dieser Aufgabe bewußt sind, ergibt sich daraus, daß die hervorragendsten Kassenverbände, der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen und der Verband der Betriebskrankenkassen auf ihren Kriegstagungen sich mit der Wohnungsfrage beschäftigt haben und Arbeitsprogramme aufgestellt haben. Auf der Versammlung der Vertreter der Unterverbände des Hauptverbandes deutscher Orts-

krankenkassen in Eisenach September 1917[38]) ging man davon aus, daß das mögliche Fortbestehen der allgemeinen Teuerung und der Mangel an Arbeitskräften nach dem Kriege auch das Bauen erheblich verteuere, die Rentabilität ausschließe und dadurch noch mehr Geldquellen verschließe. Um so dringlicher sei es, neue Geldquellen zu eröffnen, um so stärker erwachse den Krankenkassen, die in besonderem Maße am Kleinwohnungsbau interessiert seien, die Pflicht, aus ihrer bisherigen Zurückhaltung herauszutreten, wenn sie auch von allen Versicherungsträgern die am wenigsten kapitalkräftigen seien und daher nicht so viel Geld zum Kleinwohnungsbau beitragen könnten, wie die Landesversicherungsanstalten. Es wurde gewünscht, daß die Kassen aus ihrer Rücklage mündelsichere Hypotheken für Kleinwohnungen zu niedrigem Zinsfuß hergeben. Sind die bei einer Krankenkasse hierfür verfügbaren Gelder zu gering, so können sich mehrere Krankenkassen zur Gewährung von Sammelhypotheken unter Treuhand eines Versicherungsträgers zusammenschließen. Die Unterverbände sollen die zu ihrer Verfügung stehenden Gelder ermitteln und mit den Landesversicherungsanstalten über ihre zweckmäßige Ausleihung verhandeln. Auch private Bauunternehmer sollen nicht ausgeschlossen werden, wenn sie sich den Bedingungen der Kassen unterwerfen. Die Hergabe des Geldes kann an Bedingungen geknüpft werden, die im Interesse der Versicherten liegen. Eine Entschließung im Sinne dieser Ausführungen wurde vom Verbande einstimmig angenommen.

Auf der Tagung der Betriebskrankenkassen im Juni 1918 in Berlin wurden die Forderungen, welche in der Wohnungsfrage an die Krankenkassen zu stellen sind, von Dr. v. Mangoldt scharf und präzis formuliert[39]). Seinen Ausführungen kommt eine programmatische Bedeutung zu. Er ging davon aus, daß man sich von der Mietskaserne lossagen und größere Bruchteile der Bevölkerung wieder im Kleinhause mit Landzulage ansiedeln müßte. Dr. v. Mangoldt wünscht zunächst, daß die Vorstände, Aus-

---

[38]) Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen. Niederschrift über die Versammlung von Vertretern der Unterverbände am 18. und 19. September 1916 in Eisenach. Dresden 1916, S. 55.

[39]) v. Mangoldt, Wohnungsfürsorge und Krankenkassen in „Volksgesundheitsfürsorge und Betriebskrankenkassen". 7 Vorträge. Essen 1919, S. 31.

schüsse und Angestellten der Kassen durch Vorträge, Lehrgänge, Behandlung der Frage in Zeitschriften und Broschüren mehr für die Wohnungsfrage interessiert und damit zu Mitkämpfern an der Wohnungsreform herangebildet werden. Die Krankenbesucher müssen bei ihren Besuchen nicht allein die Wohnungsverhältnisse feststellen, sondern auch Hilfsdienste bei der Wohnungsaufsicht und -Pflege leisten, sie müßten die Bewohner beraten und nötigenfalls die Behörden aufmerksam machen. Auf jeden Fall wäre es ratsam, die Krankenbesucher durch besondere Lehrgänge auch unter diesen Gesichtspunkten zu schulen. Von hervorragender fachmännischer Seite ist der Vorschlag gemacht worden, die Krankenbesucher zu amtlichen Hilfspersonen der Wohnungsaufsicht zu machen. Auf die Mitglieder selbst soll erzieherisch durch Merkblätter und Vorträge eingewirkt werden.

Was die praktische Tätigkeit der Krankenkassen anlangt, so hält es Dr. v. Mangoldt nicht für empfehlenswert, daß die Krankenkassen selbst Wohnungen errichten, auch die Übernahme von Anteilen bei Baugenossenschaften und gemeinnützigen Baugesellschaften wird kaum in Frage kommen. Wesentlich wird es sich bei den Krankenkassen um Gewährung von Darlehen handeln und Dr. v. Mangoldt kam hier zu denselben Vorschlägen, wie sie auf der Versammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen gemacht wurden; es wird jedoch auch die Hergabe von zweiten Hypotheken durch die Krankenkassen gewünscht und hierfür besondere Vorschläge gemacht. Schließlich macht Dr. v. Mangoldt noch auf vier Wege aufmerksam, die von den Krankenkassen in der Wohnungsfrage beschritten werden sollen. Zunächst die Förderung von Einzelsiedlungen, wozu die Krankenkassen besonders berufen seien, weil hier ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung der einzelnen Unterstützten vorliegt, weiter wird die Unterstützung des Kleingartenwesens verlangt. Diese Gärten haben, wie die Erfahrung gelehrt, hohen Wert für die Verbesserung der Ernährung und Gesundheitsverhältnisse. Ferner sollen sich die Krankenkassen die Förderung der sogenannten Wohnungsergänzungen angelegen sein lassen, d. h. die Einrichtung von Kinderspielplätzen, Kinderkrippen, Kinderhorte, der Lese- und Unterhaltungsräume, Waschküchen und Badeeinrichtungen, wodurch die Benutzbarkeit der Kleinwohnungen er-

heblich erhöht und ein wohltätiger Einfluß auf die Gesundheit ausgeübt wird. Endlich sollen die Krankenkassen die gemeinnützigen Wohnungsvereine, vor allem den Deutschen Verein für Wohnungsreform und den Deutschen Wohnungsausschuß unterstützen.

Im Gegensatz zu den Krankenkassen haben die Landesversicherungsanstalten in der Förderung des Wohnungsbaues Großzügiges geleistet und zur Linderung der Wohnungsnot und zur Erstellung von gesunden Wohnungen sehr erheblich beigetragen. Im Jahre 1897 betrug die Summe, die von den Versicherungsanstalten für den Wohnungsbau bis dahin zur Verfügung gestellt worden war, 12 Millionen, 1900 52 Millionen und sie stieg 1912 auf 418,3 Millionen, Ende 1913 betrug sie 482,6 Millionen, 1914 532,5 Millionen, 1915 558,8 Millionen, 1916 566,6 Millionen. Es ist demnach ein ständiges Ansteigen zu verzeichnen, das auch in den ersten Kriegsjahren angehalten hat. In den letzten Kriegsjahren, für welche Zahlen noch nicht bekannt sind, ist im Hinblick auf die immer mehr eingeschränkte Bautätigkeit und das schließlich erlassene Bauverbot auch die Gewährung von Baudarlehen seitens der Versicherungsanstalten eingeschränkt worden. Neben der Förderung des Familienwohnungsbaues handelt es sich bei diesen Darlehen auch um Unterstützung von Ledigenheimen, welche ihre Bewohner vor Gefahren gesundheitlicher und sittlicher Art bewahren und von den Kleinwohnungen die Schädlichkeiten des Schlafgängerwesens ferne halten[40]. Von den bis 1916 gewährten Darlehen entfielen zum Bau von Arbeiterfamilienwohnungen solche im Betrag von 538 Millionen und für Ledigenheime 28 Millionen. Bei der Darlehensgewährung für Ledigenheime steht mit fast neun Millionen die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz an erster Stelle. Als Darlehensnehmer der Versicherungsanstalten kommen vier Gruppen in Betracht: Baugenossenschaften und gemeinnützige Bauvereine, Gemeinden und Gemeindeverbände und sonstige Organisationen des öffentlichen Rechts, sodann Versicherte und endlich Arbeitgeber. Den größten Teil der Darlehenssummen, nämlich nahezu zwei Drittel erhielten die Baugenossenschaften, dann folgen in weitem Abstand die Versicherten, die Verbände des öffentlichen Rechts und endlich die Arbeitgeber.

---

[40]) Ledigenheime der Landesversicherungsanstalten. Reichsarbeitsblatt 1918, S. 926.

Den Versicherungsanstalten ist bei Gewährung der Darlehen auch ein Einfluß auf die Verwaltung der Baugenossenschaften, die Bauausführung und die Benutzung der fertig gestellten Häuser gesichert. Vor allem wird Wert darauf gelegt, daß bei den Bauausführungen die gesundheitlichen Anforderungen berücksichtigt werden, daß die Wohnungen nicht durch Aufnahme von Schlafgängern übermäßig belegt und daß sie behaglich ausgestattet werden. Der Zinsfuß ist ein niedriger, er betrug vor dem Kriege 3 bis 3½ %.

Die Darlehen an Gemeinden und Verbände des öffentlichen Rechts wurden von letzteren zum geringeren Teil zum Eigenbau von Arbeiterwohnungen verwandt, zum größeren Teil an Baulustige (Baugenossenschaften, Arbeitgeber und Versicherte) weitergegeben. Auf dem Lande ist mancherorts durch das Zusammenarbeiten der Versicherungsanstalten und Kreisverwaltungen die Wohnungsnot bekämpft worden. Auf dem Gebiet der Arbeiterwohnungsfürsorge steht an erster Stelle die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, es folgen Westfalen, Sachsen und Hannover. Zum Wohnungsbau für nichtversicherte Personen haben 18 Versicherungsanstalten und zwei Sonderanstalten bis Ende 1916 17,6 Millionen als Darlehen gegeben.

Als der Krieg ausbrach und eine Stockung im Baugewerbe zu befürchten war, hielten es die Versicherungsanstalten für eine dringende Aufgabe, der Stillegung der Neubauten vorzubeugen. Dies gelang in den ersten Kriegsjahren bis zu einem gewissen Grade. Als durch die längere Kriegsdauer manche Baugenossenschaften durch Mietsausfälle in Schwierigkeiten gerieten und in Westfalen zu ihrer Unterstützung eine Kriegshilfskasse gegründet wurde, sah sich die Westfälische Versicherungsanstalt veranlaßt, hierzu eine Beihilfe von 10 000 M. zu gewähren.

Mit der Wohnungsfrage, namentlich der ihnen erwachsenen Aufgabe nach dem Kriege, befaßten sich die deutschen Landesversicherungsanstalten auf ihrer Vollversammlung in Leipzig und es wurden dort eine Reihe von Leitsätzen aufgestellt. Man ging davon aus, daß man in Gegenden mit starkem Arbeiterzuzuge mit einem gesteigerten Bedarf an Kleinwohnungen rechnen müsse. Schwierigkeiten erwartete man aber dadurch, daß wahrscheinlich die verfügbaren Mittel geringer sein würden als vor dem Kriege,

weil die zu erwartenden Mehrausgaben für Renten, Heilverfahren, Hinterbliebenenfürsorge durch Mehreinnahmen kaum genügenden Ausgleich finden würden. Die Versicherungsanstalten waren sich aber einig darüber, daß dem vorhandenen Bedürfnis nicht anders als durch Aufwendung eigener Mittel begegnet werden könne, namentlich wurde der Weg einer allgemeinen Bürgschaftsübernahme für zweite Hypotheken nicht für gangbar erklärt und auch die Aufnahme von Schulden durch Ausgabe von Pfandbriefen abgelehnt. Eine stärkere Ausnutzung der verfügbaren Mittel solle jedoch dadurch angestrebt werden, daß die Versicherungsanstalten die Darlehenssuchenden bezüglich der ersten Hypothek auf andere Quellen verwiesen und sich auf die Bewilligung der zweiten Hypothek beschränkten. Die Anstalten verhielten sich demgemäß ablehnend gegenüber einer seitens des Großberliner Vereins für Kleinhauswesen an den Reichstag gerichteten Eingabe. In dieser war u. a. gefordert worden, daß die Landesversicherungsanstalten und die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte im Interesse des Versicherungszieles und der Hebung der Wehrkraft allgemein, also auch für das private Baugewerbe, die Garantie für 2. Hypotheken auf Kleinhausbauten übernähmen, vorausgesetzt, daß diese sich zu vereinbarenden Bedingungen unterwerfen und es war eine entsprechende Änderung der Reichsversicherungsordnung vorgeschlagen worden.

Die Berufsgenossenschaften sind ermächtigt, nach § 719 R. V. O. ihr Vermögen derart anzulegen, daß dies den Versicherungspflichtigen zugute kommt, also auch für den Bau von Kleinwohnungen auszuleihen. Von dieser Bestimmung hat jedoch bisher nur die Maschinen- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft Gebrauch gemacht, indem sie bis zum Jahre 1913 über eine Million zum Bau von Arbeiterwohnungen auslieh. Dringend wünschenswert ist, daß nunmehr auch die Berufsgenossenschaften zur Bekämpfung der Wohnungsnot das Ihrige beitragen.

Die Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien wird im folgenden Abschnitt behandelt werden.

Eine bedeutungsvolle Weiterentwicklung der Wohnungsfürsorge ermöglichte den Landesversicherungsanstalten der Erlaß des Reichsversicherungsamtes vom 6. November 1916. Während bisher die Förderung des Wohnungswesens durch die Versicherungs-

anstalten nur im Wege des § 1356 R.V.O. durch Darlehen zu niedrigem Zinsfuß oder durch Kapitalbeteiligung bei Siedlungsgesellschaften erfolgte, erklärte der Erlaß zugunsten der Wohnungsfürsorge auch Aufwendungen aus § 1274 R.V.O., also Kapitalbeihilfen ohne Anspruch auf Rückgewähr. Diese dürfen jedoch nur in mäßigem Umfange erfolgen, um das Vermögen der Versicherungsanstalten nicht zu gefährden. Auch wird vorausgesetzt, daß Reich, Staat, Provinz und Gemeinden, die an Erhaltung und Stärkung der Volkskraft in noch höherem Maße beteiligt sind als die Versicherungsanstalten, ebenfalls dabei mitwirken und zwar an erster Stelle.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hatte bereits vor dem Kriege Richtlinien für ihre Mitwirkung an der Verbesserung der allgemeinen Wohnungsverhältnisse aufgestellt, der Krieg hatte sie jedoch daran verhindert, ihr Programm zur Ausführung zu bringen. Dieses Programm legt auf die gesundheitliche Beschaffenheit der Wohnungen besonders Gewicht. Alle zur Beleihung angebotenen Hausgrundstücke sollen daraufhin geprüft werden, ob die darin enthaltenen Wohnungen, namentlich die Mittel- und Kleinwohnungen gesundheitlich einwandsfrei sind und die Beleihung solcher Grundstücke abgelehnt werden, in denen sich ungesunde Wohnungen befinden. In den Darlehensbedingungen muß Vorsorge dafür getragen werden, daß der Reichsversicherungsanstalt eine fortdauernde Überwachung des Wohnungszustandes und der Art der Grundstücksausnutzung gewährleistet wird. Die Reichsversicherungsanstalt will, wo dies nötig erscheint, durch Anregung und Beratung die Gründung von Bauunternehmungen fördern, um die Wohnungsverhältnisse von versicherten Angestellten zu verbessern. Es sollen sowohl private Bauunternehmer wie gemeinnützige Unternehmungen unterstützt werden, wie auch Gemeinden, die an der Verbesserung der Wohnverhältnisse mitwirken wollen, die erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen.

10. Bevölkerungspolitik.

Unter Bevölkerungspolitik im weiteren Sinne verstand man ehedem die Maßnahmen, welche darauf abzielen, den Bestand und die Bewegung der Bevölkerung zu beeinflussen; seitdem die am Anfang dieses Jahrhunderts auch in Deutschland einsetzende Geburten-

abnahme anfing zu einem Problem zu werden, hat man sich gewöhnt, alle Bestrebungen, die Abnahme der Geburten zu bekämpfen, als Bevölkerungspolitik zu bezeichnen, so daß heute Bevölkerungspolitik und Geburtenpolitik identische Begriffe geworden sind. Während man früher bei der Bevölkerungspolitik ausschließlich anstrebte, die Zahl der Kinder zu vermehren, hat sich schließlich der Gedanke durchgerungen, daß es nicht allein auf die Quantität der Bevölkerung ankomme, sondern daß es gelte, auch die Qualität der Nachkommenschaft zu beeinflussen. Der quantitativen Bevölkerungspolitik tritt demgemäß die qualitative gegenüber, die sich in ihren Bestrebungen im wesentlichen mit der Rassenhygiene deckt.

Es konnte nicht ausbleiben, daß die Träger der Sozialversicherung als wichtige Organe der Volksgesundheitspflege zu diesen Fragen Stellung nehmen mußten. Direkt zur Vermehrung der Geburten beizutragen, sind sie allerdings nicht in der Lage, wohl aber zur Vermehrung der Bevölkerung, indem sie alle Maßnahmen fördern, welche die Sterblichkeit herabmindern. Indem die Krankenkassen und Versicherungsanstalten die Volkskrankheiten bekämpfen, wirken sie auch bevölkerungspolitisch sowohl in quantitativer wie qualitativer Hinsicht.

Denjenigen, welche sich eingehender mit diesen Fragen befaßten, drängt sich nur mehr die Überzeugung auf, daß es unendlich schwer, ja fast aussichtslos erscheint, mit den meisten der vorgeschlagenen Maßnahmen, vor allem denjenigen prohibitiver Natur, auch auf gesetzlichem Wege, die Geburtenziffer beeinflussen zu wollen — und die wirtschaftliche Katastrophe, in welcher wir uns gegenwärtig befinden, ist diesen Bestrebungen natürlich besonders ungünstig —, daß es vielmehr vor allem darauf ankomme, die einmal geborenen Kinder am Leben zu erhalten. Deswegen ist das Problem der F ü r s o r g e f ü r k i n d e r r e i c h e F a m i l i e n auch weniger aus dem Gesichtspunkte zu betrachten, daß man damit gleichsam einen Anreiz zur Vermehrung der Kinderzahl schaffen könne, vielmehr von dem aus, daß es notwendig sei, den kinderreichen Familien eine besondere Fürsorge angedeihen zu lassen, sie gesundheitlich und wirtschaftlich so zu fördern, damit ihre Kinder am Leben bleiben und zu gesunden Menschen erzogen werden.

Der Fürsorge für kinderreiche Familien haben nun auch die Träger der Sozialversicherung ihre Aufmerksamkeit geschenkt. Bei

den Krankenkassen kommt zunächst in Frage, kinderreichen Versicherten erhöhte Unterstützung: Krankengeld und Hausgeld zu gewähren. Die gesetzliche Grundlage geben hierzu nach Seelmann die §§ 191 und 194 R. V. O., die bei freier Auslegung gestatten, die Krankenunterstützungen nach der Kinderzahl abzustufen. Die Satzung muß hierüber genaue Richtlinien aufstellen. Das kann u. a. dadurch geschehen, daß das Krankengeld beim Vorhandensein von drei und mehr Kindern um einen bestimmten Prozentsatz erhöht oder daß überhaupt für jedes Kind ein Zuschlag zum gesetzlichen Krankengeld oder Hausgeld gewährt wird. Einige Kassen, z. B. die Ortskrankenkassen von Oberkassel und Düsseldorf haben bereits dementsprechende Satzungsänderungen vorgenommen. Die Ortskrankenkasse Düsseldorf stuft das Hausgeld nach der Zahl der Familienangehörigen ab. Bei drei und vier Kindern beträgt dasselbe 70 Proz. des Krankengeldes der Versicherten, bei fünf und mehr Kindern 80 Proz.

Bei der Familienhilfe ist im Interesse der Bevölkerungspolitik zu verlangen, daß von der Erhebung von Zusatzbeiträgen abgesehen wird. Die Familienväter dürfen nicht mehr wie die anderen Versicherten belastet werden, vielmehr müssen auch die unverheirateten Versicherten zu den Kosten der Familienversicherung beitragen.

In die Invalidenversicherung sind zum ersten Male bevölkerungspolitische Gesichtspunkte hineingetragen worden durch die Bestimmung, daß, wenn der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren besitzt, sich die Invalidenrente für jedes dieser Kinder um ein Zehntel, den sogenannten Kinderzuschuß, erhöht.

Ein anderes Gebiet der Fürsorge für kinderreiche Familien ist die Wohnungsfürsorge. Hier sich zu betätigen, kommt natürlich vor allem den Landesversicherungsanstalten zu. Auf ihrer Versammlung im April 1916 stellten sie hierfür Leitsätze auf. Sie erklärten die Wohnungsfürsorge für die kinderreichen Familien der unbemittelten Bevölkerung für eine der dringendsten Aufgaben der Allgemeinheit. Ihre Lösung müsse sofort planmäßig in Angriff genommen werden, ein Hinausschieben würde die Lage verschlimmern und die Lösung noch schwerer erscheinen. Sie erklärten sich deshalb bereit, innerhalb der ihnen gezogenen Grenzen sich an dieser Fürsorge zu beteiligen. Dies soll außer durch Hergabe von Darlehen insbesondere geschehen durch Gewährung von Beihilfen zu den Kosten der Ein-

richtung zugunsten kinderreicher Familien (Spielplätze, Kinderhorte usw.). Da aber die Versicherungsanstalten und die private und gemeinnützige Bautätigkeit allein diese Aufgaben nicht in befriedigender Weise lösen können, bedarf es gleichzeitig durchgreifender Maßnahmen von Reich, Staat und Gemeinde.

In einem Runderlaß vom 6. November hat auch das Reichsversicherungsamt die Notwendigekit der Wohnungsfürsorge für kinderreiche Familien betont. Bessere Unterkunft für solche Familien, Berücksichtigung ihrer besonderen Verhältnisse durch Anlegung von Kinderspielplätzen, Kinderhorten und dergleichen werden in hohem Maße als wünschenswert bezeichnet. Dabei soll auch auf die Familien der Kriegsteilnehmer gebührend Rücksicht genommen werden. Die Unterstützung der kinderreichen Familien kann eine wirksame Förderung dadurch erfahren, daß nunmehr auch Aufwendungen aus § 1274 R. V. O. als freiwillige Beihilfen zugunsten der Wohnungsfürsorge zugelassen werden.

Einige Versicherungsanstalten haben bereits auf dem eben vorgezeichneten Wege mit der praktischen Tätigkeit begonnen. So die Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz, deren Maßnahme besonders in geldlichen Zuschüssen zu den Kosten der Miete oder zu den Geschäftsanteilen genossenschaftlicher Mieter wie auch in Beihilfen zu den Kosten der sogenannten Wohnungsergänzungen bestehen. Sie hat sich zur Zahlung von Mietbeihilfen von monatlich 8 M. bereit erklärt, wenn die Bauvereine sich verpflichten, den in ihren Häusern wohnenden kinderreichen Familien je nach der Größe der Familie einen weiteren Wohnraum zur Verfügung zu stellen und zugleich darauf hinzuwirken, daß der neugewählte Wohnraum zweckmäßig benutzt wird. Als kinderreich gelten Familien mit vier und mehr Kindern unter 16 Jahren. Neuerdings hat sich dieselbe Versicherungsanstalt auch grundsätzlich bereit erklärt, die Einrichtung von Wohnungsfürsorgestellen für kinderreiche Familien dadurch zu erleichtern, daß sie den Städten und Gemeinden mit mehr als 20 000 Einwohnern Beihilfen zum Betrieb von Wohnungsfürsorgestellen gibt. Die Hanseatische Versicherungsanstalt hat dem Ausschuß für kinderreiche Familien einen namhaften Betrag zur Verfügung gestellt. Oldenburg gibt Versicherten, die drei oder mehr Kinder haben, Wohnungsdarlehen zu erleichterten Bedingungen. Grundsätzlich ist zu verlangen, daß Landesversicherungsanstalten

und Krankenkassen bei der Hergabe von Darlehen die kinderreichen Familien besonders durch höhere Beleihung und niedrige Verzinsung und Tilgung berücksichtigen.

Einen Ausbau der Sozialversicherung zur Elternschafts- und Wohnversicherung schlägt Schmittmann vor[41]). Die Invaliden- und Angestelltenversicherung soll ausgestaltet werden zur Erwerbung des Anrechtes für die Versicherten auf eine Kinderrente vom vierten Jahre ab, progressiv mit jedem weiteren Kinde steigend. In der Zeit reichlichen Verdienstes bei fehlenden oder noch geringen Familienlasten soll der Arbeiter und Privatbeamte Beiträge aufbringen für die Zeit, in der die Familienkosten weiter wachsen und Lohn und Gehalt nicht mehr steigen oder gar sinken. Diese Versicherung kann im Hinblick auf die hervorstechendste Schwierigkeit der Kinderreichen als Wohnversicherung bezeichnet werden. Die Rente soll mit Zustimmung des Versicherten an den Vermieter überwiesen werden können, so daß dieser das Recht der Abhebung erhält. Damit wäre dem privaten Wohnungsproduzenten von vornherein ein großer Teil der Wohnungsmiete der Kinderreichen gesichert und die Lage der gewerblichen Wohnungsvermieter, die kritischer zu werden droht, würde durch Verminderung der Mietausfälle gesichert. Auch die Ansiedlung kinderreicher Familien könnte gesichert werden durch die vorzusehende Möglichkeit der Kapitalsabfindung statt der Renten ähnlich dem Kapitalabfindungsgesetz vom 25. Juli 1916.

11. Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Der Kriegsbeschädigtenfürsorge kommen drei große Aufgaben zu, einmal die Behandlung und Heilung der Kriegsverletzten und Erkrankten, dann ihre Wiederbrauchbarmachung und Überführung in den bürgerlichen Beruf, endlich die Rentengewährung. Der militärischen Kriegsbeschädigtenfürsorge ist sehr bald, sie ergänzend und mit ihr zusammenarbeitend, die bürgerliche Kriegsbeschädigtenfürsorge an die Seite getreten. An diesem Zweige der sozialhygienischen Fürsorge sind die Träger der Sozialversicherung in hohem

41) Schmittmann, Ausbau der Sozialversicherung zur Elternschafts- und Wohnversicherung. Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft 1917, S. 70.

Maße interessiert, da der größte Teil der Kriegsbeschädigten dem Kreise der Versicherten angehören. An der sachgemäß und sorgfältigen Behandlung der verwundeten und erkrankten Kriegsteilnehmer haben die Einrichtungen der Arbeiter- und Angestelltenversicherung schon deswegen ein besonderes finanzielles Interesse, weil sie die starke Belastung befürchten müssen, die ihnen nach dem Wiedereintritt vieler Tausender in ihrer Gesundheit geschädigter Kriegsteilnehmer in die versicherungspflichtige Beschäftigung erwächst.

Beziehungen zwischen der militärischen Kriegsbeschädigtenfürsorge und der Sozialversicherung bestanden von vornherein darin, daß erstere bei der Behandlung und Fürsorge für die Beschädigten die Prinzipien zugrunde legte, welche namentlich für die Unfall- und Invalidenversicherung bisher leitend gewesen waren. Bei den Berufsgenossenschaften handelte es sich dabei um das bewährte Prinzip, bei den Verletzten nicht nur auf die anatomische, sondern zugleich auch auf die funktionelle Heilung bedacht zu sein, des weiteren sich auch um die Unterbringung der Verletzten nach der Heilung in einen geeigneten Beruf zu kümmern. Bei der Invalidenversicherung kommt das vorbeugende Heilverfahren in Frage. Alle diese Prinzipien sind von der Kriegsbeschädigtenfürsorge übernommen und den militärischen Verhältnissen angepaßt worden.

Ein Zusammenarbeiten zwischen Kriegsbeschädigtenfürsorge und Sozialversicherung lag daher im beiderseitigen Interesse; es ist schon früh angebahnt worden, indem die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten in die Ausschüsse für Kriegsbeschädigtenfürsorge eintraten. Daß die Versicherungsträger die Heeresverwaltung auch dadurch wesentlich unterstützten, daß sie dieser ihre Krankenhäuser und Heilstätten mit dem gesamten Heilapparat zur Verfügung stellten, ist bereits früher erwähnt worden.

Die Krankenkassen sind zunächst an der Kriegsbeschädigtenfürsorge insoweit beteiligt, als sie den in Lazaretten zur Behandlung befindlichen verwundeten und erkrankten Soldaten, soweit sie Mitglieder der Kassen waren und ihre Erwerbsunfähigkeit nachgewiesen war, das volle Krankengeld zu bezahlen hatten. Auf der Tagung der Unterverbände des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen zu Frankfurt Oktober 1915 stellten sie alsdann für

ihre Mitwirkung zur Beseitigung der Kriegsschäden bestimmte Leitsätze auf. Die Ortskrankenkassen erklärten sich danach bereit, der Fürsorge gesundheitsgeschädigter, in die Heimat zurückkehrender Kriegsteilnehmer ihre Verwaltung und ihre Einrichtung weitgehendst zur Verfügung zu stellen. Da aber die hieraus erwachsenden Lasten bei weitem die Mittel überstiegen, welche die Krankenkassen nach dem Zweck der Krankenversicherung und auf Grund der gesetzlichen Vorschriften aufbringen konnten, so sprachen sie die Erwartung aus, daß das Reich und die Militärbehörden ihnen das ersetzen, was sie für Versicherungsfälle aufwenden, die durch Kriegsbeschädigungen entstanden sind. In einer Bekanntmachung des Vorstandes des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen empfiehlt dieser den Krankenkassen die Organisationen für Kriegsbeschädigtenfürsorge zu unterstützen und er erklärt es für unbedenklich, aus Kassenmitteln zu diesem Zwecke einen angemessenen Zuschuß zu gewähren, auch die Einrichtungen der Kassen, wie Genesungsheime, Zahnkliniken, medico-mechanische Anstalten und anderes in den Dienst der Sache zu stellen. Die schwierigste Frage sei freilich die geeignete dauernde Beschäftigung dieser Kriegsverletzten zu angemessenen Bedingungen. Auch hier sollen die Kassen als Arbeitgeber helfend mitwirken. Die Einäugigen würden z. B. unbedenklich als Krankenkontrolleure, Beitragsammler, Boten, Portiers usw. beschäftigt werden können, schreibgewandte Einäugige und Einbeinige würden auch im Bureaudienst zu vielen Arbeiten nützliche Verwendung finden können. Nach einer Rundfrage des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen beteiligten sich 1917 von den angeschlossenen Kassen 80 Kassen mit einem einmaligen Beitrag von 18 699 M. und 126 mit einem laufenden Beitrag von 7839 M. an der Kriegsbeschädigten- und Hinterbliebenenfürsorge.

Bedeutsamer als die Tätigkeit der Krankenkassen ist die Mitwirkung der Versicherungsanstalten an der Kriegsbeschädigtenfürsorge. Gerade aus dem Kreise der Versicherungsanstalten ist die Anregung ausgegangen, möglichst frühzeitig mit der Fürsorge für die Kriegsbeschädigten zu beginnen. Auf ihrer Konferenz in Erfurt nahmen sie zu der Frage Stellung und sprachen sich dahin aus, daß sie berufen und gewillt seien, sich an der Kriegsbeschädigtenfürsorge in größtmöglichem Umfang zu

beteiligen und zwar nicht nur auf dem Gebiet der ärztlichen Fürsorge durch Übernahme des Heilverfahrens, sondern auch auf wirtschaftlichem Gebiet (Berufsberatung, Berufsumschulung und Arbeitsvermittlung usw.). Sie vertraten ferner die Anschauung, daß ihr eigenes Interesse, das in der auch volkswirtschaftlich notwendigen Verhütung des Eintritts dauernder Erwerbsunfähigkeit des Versicherten besteht, das Eintreten der Versicherungsanstalten auf ärztlichem und wirtschaftlichem Gebiet schon vor der Entlassung der Kriegsbeschädigten aus dem Heeresdienst erfordere. In der Hauptsache kommt den Versicherungsanstalten jedoch vor allem die Fürsorge für die Invaliden und Krüppel nach ihrer Entlassung aus dem Heeresdienst zu. Im Anfang des Krieges hatte zwar die Heeressanitätsverwaltung erklärt, daß sie bereit sei, wenn bei ehemaligen Kriegsteilnehmern nach der Entlassung noch die Notwendigkeit einer Heilstättenkur sich ergeben sollte, hier ihrerseits einzutreten. Im weiteren Verlauf des Krieges ist sie jedoch von dieser Absicht abgekommen und begnügt sich damit, die kurbedürftigen früheren Kriegsteilnehmer der Kriegsbeschädigtenfürsorge zu überweisen, die ihrerseits wieder die Versicherungsträger in Anspruch nimmt[42]). Die Versicherungsanstalten werden aber auch häufig von solchen Kriegsteilnehmern in Anspruch genommen, bei denen Strapazen und Entbehrungen des Krieges den Keim zu Krankheiten legten, die erst nach der Entlassung aus dem Heeresdienst zum Ausbruch kamen und damit der Behandlung durch die Militärverwaltung entgangen sind. Es handelt sich vor allem hier nur um innere Erkrankungen aller Art: Herz-, Lungen-, Nieren- und Nervenkrankheiten, Erkrankungen der Verdauungsorgane und rheumatische Erkrankungen. Diesen Kurbedürftigen war vor allem Heilstättenbehandlung zu gewähren, während die gänzlich arbeitsunfähig in Invalidenheime aufgenommen werden[43]).

Über ihre Beteiligung bei der Ansiedlung von Kriegsbeschädigten sprachen sich die Vorstände der Versicherungsanstalten dahin aus, daß ein Recht auf Ansiedlung Kriegsteilnehmern,

---

[42]) Brunn, Kriegslehren und Friedensaufgaben in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Zeitschr. für die gesamte Versicherungswissenschaft 1918, S. 198.

[43]) Hanauer, Der Krieg und die deutsche Arbeiterversicherung. Conrad's Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Band 105, S. 499.

Kriegsinvaliden und Kriegswitwen nicht zustehe. Die Durchführung der Ansiedlungsarbeit könne nicht Sache der Versicherungsanstalten sein, müsse vielmehr innerhalb des Rahmens der allgemeinen inneren Kolonisation durch die auf diesem Gebiet praktisch tätigen großen und kleinen Siedlungsgesellschaften erfolgen. Wohl aber könnten die Versicherungsanstalten diese Ansiedlung durch Bewilligung von Hypothekendarlehen für Versicherte wie durch Hergabe von Kapital an die genannten Gesellschaften unterstützen.

Die Beteiligung der Landesversicherungsgesellschaften an den Organen der Kriegsbeschädigtenfürsorge mit einmaligen und laufenden Beiträgen gründet sich auf § 1274 R. V. O. In den Ausschüssen der Kriegsbeschädigtenfürsorge sind die Versicherungsanstalten an hervorragender Stelle beteiligt. Die hessischen und thüringischen Versicherungsanstalten besorgen direkt die Geschäfte der Landesausschüsse. In Württemberg hatte die Versicherungsanstalt, als Beratungen über die Organisation begannen, sofort eine Beratungsstelle für Kriegsbeschädigte eingerichtet, die ein Glied in der Organisation des Landesausschusses bildet, auch Unterrichts- und Übungsgelegenheiten sind unter finanzieller Mitwirkung der Landesversicherungsanstalt eingerichtet worden.

In dem Bestreben, die Verletzten wieder möglichst brauchbar für den bürgerlichen Beruf zu machen und ihnen bei der Rückkehr in ihren früheren oder bei der Beschaffung eines neuen Berufes resp. Arbeitsstelle behilflich zu sein, berührten sich die Aufgaben der Kriegsbeschädigtenfürsorgestellen mit denen der Berufsgenossenschaften. Bei diesen war bereits in den letzten Jahren vor dem Kriege allgemein die Einsicht durchgedrungen, daß mit dem Abschluß des Heilverfahrens und der Bewilligung einer Rente ihre Aufgabe noch nicht erschöpft sei, und sie wurden dabei unterstützt durch die Vorschriften der §§ 843 und 845 R. V. O. Nach diesen dürfen die Berufsgenossenschaften mit Genehmigung des Reichsversicherungsamtes Einrichtungen treffen, um Arbeitsgelegenheit für Unfallverletzte zu schaffen. Hierunter fallen sowohl der Nachweis schon vorhandener als auch die Ergreifung neuer für den Verletzten geeigneter Arbeitsgelegenheiten. — Bei der langen Dauer des Krieges und der dadurch wachsenden Zahl der Kriegsbeschädigten gewann die Aufgabe an Bedeutung, die dem

Arbeiterstand entstammenden Invaliden wieder der Arbeit zuzuführen, jedoch sie dabei vor Betriebsgefahren zu schützen, denen sie nicht mehr gewachsen waren.

Nach §§ 848—851 R. V. O. sind die Berufsgenossenschaften verpflichtet, Maßregeln zur Verhütung von Unfällen zu treffen und sie sehen für Unterlassung Strafbestimmungen vor. Die Normalvorschriften für Unfallverhütung verlangen den Ausschluß von Arbeitern mit bestimmten Erkrankungen (Ohnmachten, Krämpfen, Schwindel, Schwerhörigkeit, Kurzsichtigkeit und anderen nicht augenfälligen Schwächen und Gebrechen) von gewissen Arbeiten, wenn damit eine außergewöhnliche Gefahr für die Arbeiter und ihre Mitarbeiter verbunden ist. Das Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst vermehrte die Zahl der anzustellenden Kriegsbeschädigten und damit die Unfallgefahr ganz beträchtlich. In einem Runderlaß des Reichsversicherungsamtes wurde hervorgehoben, daß durch Maßnahmen der Betriebsführung und der unfallsicheren Ausgestaltung der Betriebseinrichtungen die Wiederbeschäftigung der Kriegsbeschädigten ermöglicht werden kann, ohne daß sie einer erhöhten Unfallgefahr ausgesetzt wären.

Um auch die Wiederbeschäftigung von Kriegsbeschädigten im vaterländischen Hilfsdienst weitgehend zu ermöglichen, empfahl das Reichsversicherungsamt eine wohlwollende Auslegung der Unfallverhütungsvorschriften, insoweit Personen, die mit Gebrechen behaftet sind, von für sie besonders gefährlichen Arbeiten ausgeschlossen werden. Es könne eine solche milde Handhabung der Vorschriften ohne wesentliche Beeinträchtigung der Unfallverhütungsfürsorge zugelassen werden, da es sich bei den Kriegsbeschädigten vielfach um Personen handele, die früher als Facharbeiter tätig waren, demnach Kenntnis der mit der Betriebsweise verbundenen Unfallgefahr besaßen. Es lehrte außerdem die Erfahrung, daß körperlich beschädigte Arbeiter an geeignete Stellen unter Beobachtung gebotener Vorsichtsmaßregeln ohne besondere eigene und der Mitarbeiter Gefährdung verwendet werden können.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat sich insofern an der Kriegsbeschädigtenfürsorge beteiligt, als sie die Berufsberatung und Unterbringung der versicherten Kriegsteilnehmer als einen Teil des Heilverfahrens ansah und die Kosten dafür

übernahm. Nachdem Versuche ergeben hatten, daß sich geeignete Hunde dazu abrichten lassen, Blinde auf den Straßen sicher zu führen und sie auf die durch den Verkehr drohenden Gefahren aufmerksam zu machen, beschloß die Reichsversicherungsanstalt, kriegsblinden Versicherten die Mittel zur Anschaffung solcher Hunde zur Verfügung zu stellen.

Wie die militärische Kriegsbeschädigtenfürsorge sich die Einrichtungen und Erfahrungen der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten auf dem Gebiete der Krankenbehandlung zu Nutzen machte, so könnten umgekehrt auch letztere aus den reichen Erfahrungen der Heeressanitätsverwaltung profitieren. Das gilt u. a. von der sogenannten Arbeitstherapie zur möglichst vollkommenen Wiederbrauchbarmachung der Kriegsbeschädigten für das Erwerbsleben. Ein Runderlaß des Reichsversicherungsamtes vom 20. November 1917 geht davon aus, daß die Erfahrungen dieses Krieges die Notwendigekit der möglichst frühzeitigen Wiedereinstellung Erwerbsbeschränkter in die Arbeit und ihren günstigen Einfluß auf die Heilung der Verletzten und Erkrankten in vollem Umfange bestätigt haben und daß die Arbeitstherapie als Mittel zur Heilung verletzter und erkrankter Versicherten von der Heeres- und Marineverwaltung zum Wohle der Kriegsbeschädigten mit größtem Erfolg durchgeführt worden sei. Es wird alsdann als dringend erwünscht bezeichnet, daß für die Invaliden der Arbeit die während des Krieges gesammelten reichen Erfahrungen nutzbar gemacht und daß in ihrem Interesse die von der Heeres- und Marineverwaltung geschaffenen Einrichtungen für Arbeitstherapie, soweit möglich, nach Kriegsende erhalten werden. Da ein günstiger Heilerfolg sich ohne Mitarbeit der Verletzten und Erkrankten nicht erzielen läßt, und, um den Schein zu vermeiden, als handle es sich um Maßnahmen zur Verminderung der Rente, wurde das Rote Kreuz als Träger dieser Einrichtung in Aussicht genommen. Dieses soll die für Friedenszwecke geeigneten Einrichtungen übernehmen und sie den Trägern der Sozialversicherung zur Verfügung stellen. Letztere erklärten sich bereit, die auf die Übernahme der für die Kriegsbeschädigten geschaffenen, für Friedenszwecke brauchbaren Heil- und andere Notfälle gerichteten Maßnahmen des deutschen Zentralkomitees vom Roten Kreuz mit Geld zu unterstützen, insbesondere aber die geschaffenen Einrichtungen zu benutzen.

Schluß.

Wir haben im Laufe dieser Ausführungen eine Reihe von Forderungen aufgestellt, nach welcher Richtung die sozialhygienische Tätigkeit der Arbeiter- und Angestelltenversicherung ausgebaut werden muß. Soll damit aber alles Wünschenswerte erreicht werden, so müssen eine Reihe grundlegender organisatorischer Änderungen mit diesen Forderungen Hand in Hand gehen. Da ist zunächst die Ausdehnung der sozialen Versicherung auf alle Kreise des Volkes nötig, die als fürsorgebedürftig erscheinen und die in ihren wirtschaftlichen Verhältnissen den Schichten nahe stehen, die jetzt der Zwangsversicherung unterliegen. Letztere ist kürzlich auf alle Unselbständigen ausgedehnt worden, deren Einkommen sich unter 5000 M. bewegt. Diese Grenze kann als angemessen bezeichnet werden. In die Versicherung sind demnach alle selbständigen Schichten des sogenannten Mittelstandes einzubeziehen, deren Verdienst sich unter dieser Grenze bewegt. Die Arbeiterversicherung muß demnach zur Volksversicherung werden, ähnlich wie man in der Schweiz dazu übergeht, alle Personen bis zu einem bestimmten Einkommen der obligatorischen Versicherung zu unterstellen. Da die Reichsversicherungsordnung durchweg auf die Arbeiter- und Angestelltenversicherung zugeschnitten ist und das Prinzip der Lastenverteilung unter Arbeitgeber und Arbeitnehmer hier dominiert, so müßte für die Volksversicherung eine besondere Organisation geschaffen werden.

Auf dem Gebiete der Krankenversicherung ist dann weiter eine Vereinfachung und Zusammenfassung nötig. Trotzdem die Reichsversicherungsordnung eine große Zahl kleiner Kassen beseitigt und nur größere Kassengebilde zugelassen hat, ist die Zersplitterung bei den Krankenkassen noch viel zu groß. Diese sind aber um so leistungsfähiger, je größer die Zahl ihrer Mitglieder ist und wenn sie alle Risiken umfassen. Die Leistungsfähigkeit und das Verständnis in sozialhygienischer Hinsicht ist durchweg bei größeren Kassen auch größer als bei den sehr zahlreichen Zwerggebilden, die heute noch vorhanden sind. Ein großer Mißstand ist ferner, daß größere Kassenformationen, wie die Betriebskrankenkassen und die Ersatzkassen berechtigt sind, sich die gesunden Mitglieder herauszuwählen und den anderen Kassen die gesundheitlich minderwertigen zu überlassen. Als unzulässig muß

es auch erscheinen, daß manche Kassengebilde zu geringeren Leistungen berechtigt sind, wie z. B. die Landkrankenkassen hinsichtlich der Wochenhilfe.

Um die Gesundheitsfürsorge wirksamer zu gestalten, ist es erforderlich, daß die Invaliden- und Angestelltenversicherung und Unfallversicherung mehr d e z e n t r a l i s i e r t werden. Wenn, wie dies jetzt der Fall ist, die Versicherungsanstalten nur in den Landeshauptstädten ihren Sitz haben, die Angestelltenversicherung sogar ausschließlich in der Reichshauptstadt zentralisiert ist, so fehlt es an der notwendigen Fühlung zwischen Versicherten und den Trägern der Versicherung und dieser Mangel ist in hohem Maße der sozialhygienischen Betätigung abträglich. Bei der Unfallversicherung wäre die Schaffung von gleichmäßig über das Land verteilten Verwaltungsstellen nötig, welche für alle Berufsgenossenschaften zugleich die Unfallfürsorge und Verhütung zu übernehmen hätten.

Ohne auf die Reform der Reichsversicherungsordnung im einzelnen einzugehen, seien hier nur zwei Punkte besonders betont, einmal die notwendige Erhöhung der Renten, namentlich der Invaliden-, Witwen- und Altersrenten. Prinzipiell muß die Rente, wenn sie schon ihrem Namen gerecht werden will, so bemessen sein, daß sie dem Empfänger eine ausreichende Existenz gewährt und er nicht noch auf die Armenunterstützung angewiesen ist. Der andere Punkt betrifft die Ausgestaltung des wichtigen § 363 R. V. O., der die Grundlage für die sozialhygienische Betätigung der Krankenkassen bildet. Dieser Paragraph läßt jedoch dem freien Ermessen und der sozialpolitischen Einsicht der Kassenorgane viel zu viel Spielraum, ist außerdem in seiner Auslegung viel zu unsicher, so daß seine Erweiterung dringend wünschenswert erscheint nach der Richtung, daß die sozialhygienische Betätigung den Krankenkassen zur P f l i c h t gemacht wird und die auf dem Gebiet der Volksgesundheitspflege zu lösenden Aufgaben im einzelnen aufgeführt werden. Denn die Leistungen selbst der großen Krankenkassen können in sozialhygienischer Hinsicht noch lange nicht als ausreichend erachtet werden. Es genügt nicht, daß einige wenige Kassen hier allein bahnbrechend vorangehen und die anderen nicht nachfolgen, es genügt auch nicht, daß die Kassenverbände alljährlich sich von hervorragenden Fachmännern Vorträge über sozial-

hygienische Themen halten lassen und Entschließungen fassen, so lange diese nicht bei allen Krankenkassen in die Tat umgesetzt werden. Viel zu sehr begnügen sich noch die Kassen damit, Beiträge an sozialhygienische Verbände zu bezahlen, wenn sie dazu aufgefordert werden und glauben damit ihre Pflicht getan zu haben[44]).

Zur Bewältigung der an sie gestellten Forderungen bedürfen die Träger der Versicherung sozialhygienisch besonders vorgebildeter Organe, an welchen es ihnen bisher vollständig fehlt. Wir haben diese Forderung bereits oben erhoben, möchten aber bei der Wichtigkeit der Aufgaben noch etwas näher darauf eingehen. Den Krankenkassen müssen hauptamtlich angestellte Ärzte zur Verfügung stehen, welche ihnen als Berater und Führer auf dem weiten Gebiet der Volksgesundheitspflege dienen, denen die Initiative und die Leitung der gesamten Gesundheitspflege zukommt, im Gegensatz zu den Vertrauensärzten der Kassen, welchen bisher in der Hauptsache nur begutachtende Tätigkeit: Feststellung der Erwerbsunfähigkeit, Kontrolle der Apothekerrechnungen u. a. obliegt.

Dem ärztlichen Sozialhygieniker sind die gesamten Aufgaben der Krankheitsverhütung zu übertragen, er wird sich vor allem auf dem vernachlässigten Gebiet der Gewerbehygiene betätigen und er hat auf Grund der von ihm wissenschaftlich bearbeiteten Statistik festzustellen, in welchem Betriebe besonders häufig Berufskrankheiten vorkommen. Er wird diese dem Gewerbeinspektor melden und nicht erst warten, bis danach gefragt wird, er wird ferner wissenschaftliche Untersuchungen anstellen. Er wird sich mit den Gewerkschaften und Gewerbevereinen in Verbindung setzen; ihm obliegt ferner die Anstellung von Untersuchungen bei den Arbeitern zur Feststellung der Konstitution der Versicherten und ihrer gesamten sozialhygienischen Verhältnisse, er wird vor allem ihre Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse im Auge halten. Er hat Vorträge über gesundheitliche Themen zu halten, Broschüren, Flugblätter und Merkblätter zu verfassen, er hat die Tuberkulose-, Alkohol-, Syphilis- und Krebsbekämpfung zu leiten und sich zu diesem Zwecke mit den Fürsorgestellen in Verbindung zu setzen,

---

[44]) Hanauer, Soziale Medizin in Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. September 1918.

ihm wird endlich die Heilstätten- und Genesendenfürsorge obliegen. Die Folge einer derartigen Organisation wäre, daß die gesamte Gewerbe- und soziale Hygiene bei den Krankenkassen einheitlich in den Händen eines sachverständigen Arztes liegen würde, während sie jetzt völlig zersplittert ist und allein bei dem Kassenvorstand liegt, dem natürlich bei dem besten Willen die notwendigen Kenntnisse fehlen. Große Kassen sind ohne weiteres in der Lage, eiuen Arzt hauptamtlich anzustellen, kleinere, wenn sie sich zu Verbänden zusammenschließen. Würde die Organisation überall durchgeführt, dann wird ein Netz von ärztlichen Sozial- und Gewerbehygienikern über das ganze Land ausgebreitet und die Förderung der Volksgesundheitspflege einen mächtigen Impuls erfahren. Wenn heute große Kassen Millionen für Krankenpflege ausgeben, so darf man verlangen, daß sie auch einige Tausende zur Krankheitsverhütung zur Verfügung stellen; wenn sie Tausende von Ärzten zur Krankenbehandlung beschäftigen, so mögen sie auch einige Hunderte für die Hygiene und Prophylaxe anstellen. Zumal doch die für die Krankheitsverhütung aufgewendeten Mittel sich reichlich bezahlt machen, sie werden eben wieder an Krankheitskosten erspart.

Wie der Sozialhygieniker den oberen ärztlichen Beamten repräsentiert, so müßten die Krankenkontrolleure die unteren Gesundheitsbeamten der Kasse darstellen, das Institut der Krankenbesucher muß eben nach der Richtung ausgebaut werden, daß seine mehr oder minder polizeiliche Funktion in ein hygienisches umgewandelt wird. Die Krankenbesucher müssen zu Gesundheitsaufsehern und damit zu Hilfsorganen des Arztes werden; es ist natürlich nötig, ihnen hierfür eine entsprechende Ausbildung zu geben. So muß der Krankenbesucher sich allmählich zum Fürsorgebeamten auswachsen, zum Vermittler zwischen Arzt und Patient, zum ausführenden Organ aller Fürsorgeeinrichtungen. Er wird zum Hygienebeamten[46]).

Von fundamentaler Wichtigkeit für die sozialhygienische Betätigung der Träger der Sozialversicherung ist das Vorhandensein einer sorgfältigen Krankheitsstatistik. Es ist auf das Schmerzlichste zu bedauern, daß die Krankenkassen das Material

[46]) Schlomer, Krankenkassen und öffentliche Gesundheitspflege. „Öffentliche Gesundheitspflege" 1917, S. 563.

hierfür entweder überhaupt nicht sammeln, oder das Gesammelte nicht verarbeiten lassen. Eine derartige Statistik hätte nicht nur praktische Bedeutung für die Kassen selbst, sondern auch eine hohe wissenschaftliche, da uns eine Morbiditätsstatistik ja noch fast völlig fehlt. In welcher Weise das statistische Material der Krankenkassen für die medizinische Statistik und die Wissenschaft nutzbar gemacht werden kann, ergeben die auf Grund der Daten der Frankfurter Ortskrankenkasse von Bleicher bearbeiteten grundlegenden Frankfurter Krankheitstafeln und die im Reichsamt des Innern bearbeitete Morbiditätsstatistik der Leipziger Ortskrankenkasse. Für die Bearbeitung einer umfassenden und brauchbaren Morbiditätsstatistik der Krankenkassen fehlen bisher noch alle Voraussetzungen. Diese sind: Schaffung gleichlautender Formulare für alle Krankenkassen, um einheitliches und vergleichbares Material zu erhalten, Schaffung einer einheitlichen Nomenklatur, Vereinbarung mit den Ärzten. Diese müssen nicht nur die erwerbsunfähigen, sondern auch die erwerbsfähigen Kranken melden, der Krankheitsbezeichnung ist eine besondere Sorgfalt zu widmen, allenfalls sind die Krankmeldungen nach Schluß der Behandlung zu revidieren. Die Schaffung einer derartigen Statistik kann natürlich nur von einer Zentralstelle aus erfolgen und am empfehlenswertesten wäre es, wenn sie gesetzlich vorgeschrieben wäre.

Eine Frage wäre zum Schluß noch kurz zu berühren, nämlich die, ob nicht die Träger der Sozialversicherung berufen sind, an der Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft selbst mitzuarbeiten. Wenn die Versicherungsanstalten hierfür ihre reichen Mittel zur Verfügung stellten, so würden sie nicht allein im Interesse der Wissenschaft, sondern im eigenen Interesse handeln. Mancherlei Wege stehen hierfür zur Verfügung: Unterstützung von wissenschaftlichen Instituten, Ausschreiben von Preisen, Belegen von Arbeitsplätzen an wissenschaftlichen Anstalten. Letzteren Weg schlug das Reichsversicherungsamt vor, indem es kurz vor Ausbruch des Krieges den Versicherungsanstalten nahelegte, bei dem Hamburger Forschungsinstitut für Krebs und Tuberkulose Arbeitsplätze für ihre Heilstättenärzte zu belegen. Den Anstaltsleitern und Assistenten, sowie Gutachtern, Vertrauensärzten usw. würde dadurch eine willkommene Gelegenheit zur Fortbildnug und zur Durchführung eigener Arbeiten gegeben. Die Versicherungs-

anstalten würden sich, so heißt es in dem Rundschreiben, hierdurch den Vorteil der Heranbildung einer für die Zwecke der Tuberkulosebekämpfung besonders gut vorbereiteten Ärzteschaft sichern. Es würden sich auch mehrere Versicherungsanstalten zur Stiftung eines Arbeitsplatzes vereinigen können. Wenn die Versicherungsanstalten ein solches noch nicht beackertes Gebiet bearbeiten, so eröffnen sich neue verheißungsvolle Perspektiven, die sowohl der Wissenschaft wie der Volksgesundheit zugute kommen werden.

Alle diese von uns gestellten hygienischen Forderungen setzen jedoch voraus, daß Deutschland sein unsägliches Unglück wieder überwinden wird, daß der Bestand des Reiches gesichert bleibt — denn mit dessen Bestand stehen und fallen auch seine sozialpolitischen Einrichtungen — und daß es dem deutschen Volke gelingt, sich aus seinem wirtschaftlichen Verfall und seiner Verarmung wieder heraus zu arbeiten. Man hat bereits während des Krieges mit dem Wiederaufbau der Bevölkerung begonnen und großzügige Pläne entworfen. Die schwere Krise, in der wir uns gegenwärtig befinden, die schwerste, die das deutsche Volk je zu überstehen hatte, drängt alle diese Absichten in den Hintergrund.

Aber wir haben das Vertrauen, daß die Zähigkeit und Tüchtigkeit unseres Volkes auch diese schwerste Not überwindet, daß nach der langen Nacht auch der Morgen kommt und daß es gelingen wird, die dem Volkskörper zugefügten Wunden zu heilen und daß dann auch die soziale Hygiene wieder zu ihrem Rechte kommen muß. Dann wird auch die deutsche Sozialversicherung, diese Originalschöpfung deutschen Geistes, um die uns einst die ganze Welt beneidete und die von ihr nachgeahmt wurde, als wichtigste Trägerin der Volksgesundheitspflege wieder zu ihrem Rechte kommen und ihr Teil zur Wiedererstarkung und Kräftigung des deutschen Volkes beitragen.
